

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2009

Kamila Kresáčová

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Kamila Kresáčová

Ošetřovatelská kazuistika u pacientky po abdominální hysterektomii

Nursing case study of patient after abdominal hysterectomy

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce

Mgr. Miluše Kulhavá

Česká Lípa, 10. 03. 2009

Motto:

Vážiti si jiných jako samých sebe a jednati s nimi tak, jak chceme, aby jednali oni s námi – toť možno nazývati učením a lidumilností. Nad to není nic vyššího.

Konfucius

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a pouze s použitím uvedených literárních zdrojů.

Podpis:

Kamila Kresáčová

V České Lípě 10. 3. 2009

Poděkování:

Úvodem mé závěrečné bakalářské práce mi dovolu poděkovat lidem, kteří mi umožnili napsání této práce.

V první řadě patří mé velké díky paní J. S. , která velmi ochotně přijala prosbu, aby se stala pacientkou pro mnou závěrečnou bakalářskou práci. I přesto, že přišla na naše oddělení k operačnímu zákroku a pooperační průběh byl s komplikacemi, což bylo pro ni bezpochyby stresující záležitostí, s velkou ochotou a trpělivostí odpovídala na mé otázky. Díky tomu jsem získala řadu informací o paní J. S. i o jejím soukromém životě. To mi umožnilo napsání této závěrečné práce.

Další osobou, které chci poděkovat je primář gynekologicko – porodnického oddělení MUDr. Radek Havlas. Svým souhlasem mi umožnil použít údaje z lékařské dokumentace paní J. S. a ochotně mi zapůjčil odbornou literaturu, ze které jsem čerpala při psaní klinické části této práce.

Bezpochyby mé velké díky patří i Mgr. Miluši Kulhavé, která mi při práci významně pomohla svými konzultacemi a připomínkami.

Mé poděkování patří i partnerovi a celé mé rodině za trpělivost, kterou se mnou měli během celého období zpracování materiálů a psaní závěrečné práce.

Obsah:

A. ÚVOD	7
B. KLINICKÁ ČÁST	
1. Abdominální hysterektomie + děložní myomy	8
1. 1 Abdominální hysterektomie	8
1. 1. 1 Charakteristika	8
1. 1. 2 Indikace	8
1. 1. 3 Operační postup	8
1. 1. 4 Pooperační průběh a následná péče	10
1. 1. 5 Vliv hysterektomie na psychiku ženy	11
1. 2 Děložní myomy – uterus myomatosus	12
1. 2. 1 Výskyt onemocnění	12
1. 2. 2 Patologická anatomie	12
1. 2. 3 Etiologie	13
1. 2. 4 Příznaky a důsledky myomů	14
1. 2. 5 Diagnostika	15
1. 2. 6 Terapie	16
1. 2. 7 Závěr a prognóza	18
2. Základní identifikační údaje	19
3. Lékařská anamnéza a diagnóza	19
3. 1 Lékařská anamnéza	19
3. 2 Lékařská diagnóza	20
4. Diagnosticko – léčebná péče	21
4. 1 Diagnostická vyšetření	21
4. 2 Terapie	29
4. 2. 1 Operační terapie	29
4. 2. 2 Farmakoterapie	30
4. 2. 3 Dietoterapie	34
4. 2. 4 Fyzioterapie	35
5. Průběh hospitalizace	36
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	
1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	39
1. 1 Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci	40
1. 2 Hodnocení pacientky sestrou	40
1. 3 Potřeby pacientky	41
1. 3. 1 Fyziologické potřeby	41
1. 3. 2 Psychosociální potřeby	45
1. 3. 3 Duchovní potřeby	46
2. Ošetřovatelské diagnózy	46
3. Plán ošetřovatelské péče	47
4. Závěr a prognóza	55
D. POUŽITÁ LITERATURA	57
E. PŘÍLOHY	58

A. ÚVOD

Hlavním důvodem volby tématu mé závěrečné bakalářské práce, ošetrovatelská kazuistika u pacientky s gynekologickou problematikou, je skutečnost, že pracuji na oddělení operační gynekologie. Při výkonu své profese se setkávám se ženami, které na naše oddělení přicházejí k operačním zákrokům. Jedním z těchto zákroků je i abdominální hysterektomie. Dalším z důvodů proč právě téma uterus myomatosus je fakt, že děložní myomy jsou nejčastěji se vyskytující benigní nádory. Postihují 20 – 50% žen v reprodukčním věku. Nejčastěji jsou diagnostikovány ve věku 30 – 40. let. Myomy mohou být jednak asymptomatické, ale mohou být doprovázeny řadou symptomů, pro ženu velmi nepříjemných. Velkým problémem je i to, že myomy sami o sobě, i jednotlivé způsoby jejich léčby mohou vyústit u žen v reprodukčním věku, toužících po graviditě, k infertilitě či dokonce sterilitě. To bylo také jedním z mnoha důvodů, proč jsem si zvolila právě tuto pacientku. Jde o ženu, která je mi blízká věkem, je bezdětná a přichází na naše oddělení k tak radikálnímu operačnímu zákroku, jako je abdominální hysterektomie. Tento operační zákrok ji zbavuje veškeré možnosti na další těhotenství a porození vlastního dítěte. Velmi mě zajímalo, jak tuto situaci jako žena vnímá a co prožívá. Dalším důvodem byl i fakt, že pacientka byla svolná být předmětem mé bakalářské práce. Velmi ochotně odpovídala na mé dotazy, dovolila mi nahlédnout pomocí vyprávění do intimních oblastí jejího soukromého života a odkryla i emoce, které v této náročné a stresující životní situaci prožívá.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. Abdominální hysterektomie + děložní myomy

1.1 Abdominální hysterektomie

1.1.1 Charakteristika

Abdominální hysterektomie je operační zákrok, při kterém je vyjmuta děloha břišní cestou. Je jednou z nejčastěji prováděných gynekologických operací. Odstraňuje se při ní děloha, a to samostatně tzv. **prostá hysterektomie** nebo se odstraňuje děloha s adnexy / vejcovody a vaječníky/ tzv. **totální hysterektomie**. V gynekologické onkologii se užívá tzv. **radikální hysterektomie**, kdy je spolu s dělohou a adnexy odstraněna i část pochvy, děložní vazy a mizní uzliny, do kterých odtéká míza z vnitřních pohlavních orgánů, dále tzv. **hysterektomie rozšířená**, při které dochází ještě k odstranění např. červovitého přívěsku /apendixu/ a velké předstěry / omenta/.

(1, 7, 10)

1.1.2 Indikace

- děložní myomy
- onemocnění děložní sliznice např. polypy, prekancerózy a počáteční stádia rakoviny
- dysplastické změny děložního čípku a počáteční stádia rakoviny děložního čípku
- krvácení z dělohy nereagující na hormonální léčbu
- endometrióza
- poranění dělohy
- závažné porodnické komplikace např. neztížitelné poporodní krvácení, ruptura dělohy, vrostlá placenta aj.

(1, 7, 10)

1.1.3 Operační postup

1. Otevření dutiny břišní tzv. laparotomie. Volí se buď tzv. dolní střední laparotomie, kdy je řez veden od pupku ke sponě stydké, nebo tzv. Pfannenstielův řez, což je příčný řez v podbřišku na hranici stydkého ochlupení.

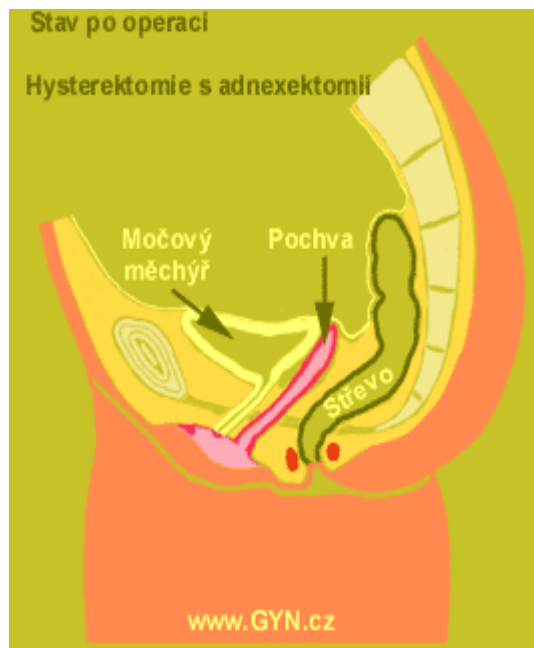
2. Dutina břišní se otevírá po jednotlivých anatomických vrstvách, tj. kůže - podkoží - fascie - břišní svalstvo - peritoneum.

3. Operace probíhá na adnexech - vejcovodech a vaječnících - pokud je součástí operace.
 4. Obnažení dělohy, tzn. od děložního fundu směrem dolů k děložnímu hrdlu je děloha oddělována od všech vazů, které ji udržují ve své poloze v pánvi, od močového měchýře a cév, které ji zásobují krví.
 5. Vlastní vynětí dělohy spočívá v jejím odstřižení od pochvy s následným sešitím pochvy čímž se vytvoří tzv. poševní pahýl, který se fixuje na pánevní vazy.
 6. Ošetření rány vzniklé odstraněním dělohy.
 7. Prohlédnutí všech přístupných orgánů dutiny břišní a následné uzavření břišní stěny po jednotlivých anatomických vrstvách.
- (1, 7, 10)

Obrázek č. 1 – Stav v malé pánvi před provedením abdominální hysterektomie s adnexektomií.



Obrázek č. 2 Stav v malé pánvi po abdominální hysterektomii s adnexektomií



1. 1. 4 Pooperační průběh a následná péče

Po provedeném operačním zákroku je pacientka hospitalizována na JIP po dobu 24 hodin. Zde dochází k monitorování fyziologických funkcí / TK, P, TT, saturace, EKG / a celkového stavu pacientky. Dále je v pravidelných intervalech kontrolováno krytí operační rány, odpady do drénů, diuréza + vzhled moči, P + V. Hodnotí se intenzita bolesti pomocí vizuálních analogových škál. Vzhledem k 24 hodinovému upoutání pacientky na lůžko sestra provádí již v časném pooperačním průběhu dechová cvičení, jejichž cílem je prohloubit plicní ventilaci. Opakovaně je prováděno odkšlávání s přidržením operační rány, při kterém dochází k odstranění sekretu z dýchacích cest. Tím se uvolní dýchací cesty a zamezí vzniku zánětu. Každou hodinu provádíme přitahování a propínání špiček + kroužení nohama v kotnících jako prevence tromboembolických komplikací. Patientce jsou v den operace podávány léky dle ordinace lékaře, zejména infúze, analgetika, profylakticky antibiotika, antikoagulancia, antiemetika a další. Pokud nemá pacientka nauzeu či nezvrací jsou jí podávány tekutiny perorálně.

První pooperační den pacientka, za pomoci sestry, provádí sed na lůžku, stoj u lůžka a chůzi kolem něho. Pacientka je následně doprovázena sestrou na WC i do sprchy. Včasná mobilizace je důležitá jako prevence vzniku příznaků imobilizačního syndromu. Dochází k opakované kontrole fyziologických funkcí, krytí operační rány,

odpadů z drénů, močení a celkového stavu pacientky. Hodnotí se intenzita bolesti. Podávají se léky dle ordinace lékaře. Pacientka perorálně přijímá pouze tekutiny. Z JIP je překládána na standardní oddělení.

Od druhého pooperačního dne přijímá pacientka kašovitou stravu. V dalších dnech podáváme pacientce dietní, nedráždivou, snadno stravitelnou stravu. Zároveň podáváme léky podporující a obnovující činnost střev, ev. čípky, popř. malé klyisma. Stolice se obnovuje cca 2. - 3. den po operaci. Součástí pooperační péče je i fyzioterapie / viz. fyzioterapie/. Zhruba od druhého až čtvrtého den je pacientka při normálním pooperačním průběhu soběstačná, je schopná sama se plně pohybovat. I v dalších pooperačních dnech kontrolujeme fyziologické funkce, kontrolujeme operační ránu a provádíme její převaz. Plníme ordinace lékaře, kontrolujeme vyprazdňování moči i stolice a sledujeme celkový stav pacientky. Je-li operační rána šita nevstřebatelným materiálem, vyjímáme 6. - 7. den stehy.

V celém pooperačním průběhu je důležitý taktní a citlivý přístup, psychická podpora, aktivní ošetrovatelský přístup sestry a dostatek informací o průběhu lékařské i ošetrovatelské péče. Bezpochyby důležitou součástí pooperačního období je i edukace pacientky o dietním režimu, pohybové aktivitě, aplikaci léků, péči o operační ránu, o následných kontrolách po propuštění do domácí péče apod.

Ke kontrole po propuštění se pacientka dostavuje zhruba za 10 – 14 dnů do pooperační poradny. Zde se zhodnotí vzhled, hojení operační rány a celkový stav pacientky. Pokud je pooperační průběh nekomplikovaný, pacientka je bez výraznější symptomatologie a rána se hojí per primam je předávána do péče obvodního gynekologa, který provádí také pravidelné kontroly a zváží další postup léčby např. je-li vhodná lázeňská léčba, hormonální substituce aj. Pracovní neschopnost se ukončuje dle stavu pacientky a charakteru její práce, po šesti až osmi týdnech po provedeném operačním zákroku. (1, 10)

1. 1. 5 Vliv hysterektomie na psychiku ženy

Téměř všechny ženy přicházejí ke gynekologické operaci s obavami, které souvisejí s průběhem operace, narkózou, pooperační bolestí a zejména s budoucím pohlavním životem. Psychické reakce, které souvisejí s odstraněním dělohy, jsou u jednotlivých žen odlišné. Jsou závislé na tom, jaký má děloha a její funkce význam pro život a zdraví. Některé ženy se domnívají, že menstruace jejich tělo očišťuje. Pro jiné menstruace a funkce dělohy představují regulaci jejich životní aktivity. Mnoho

žen je přesvědčeno, že děloha je důležitá pro sexuální touhu, reaktivitu, atraktivitu a prožitek partnera. Další ženy pokládají dělohu za zdroj síly a vitality, jiné si myslí, že po odstranění dělohy budou rychleji stárnout a přiberou na váze. Mnoho žen nemá úplně jasno ani v rozdílech mezi dělohou a pochvou a myslí si, že po odstranění dělohy nebude již možný pohlavní styk. Ženy, které mají takové názory, se budou s odstraněním dělohy těžko smířovat a na sdělení nutnosti operace mohou reagovat negativními emocemi, jako je např. úzkost, strach, smutek panika a zloba. Proto je nutné ženu poučit o důvodech operace, typu operačního zákroku, pooperačním průběhu a o pohlavním životě po operaci. Podstoupí-li žena pouze prostou hysterektomii, tj. byla jí odoperována pouze děloha, již nikdy nebude menstruat a nemůže otěhotnět. Její hormonální stav je beze změny, tj. hormonální funkce vaječníků nejsou operací narušeny a budou postupně vyhasínat tak, jako by žena operována nebyla. Pohlavní život není operací ovlivněn. Po totální hysterektomii, tj. po odnětí dělohy i vaječníků žena rovněž nemenstruuje a nemůže otěhotnět. Vyoperování vaječníků způsobí náhlý pokles ženských pohlavních hormonů, což má za následek, zejména u mladších žen, kde byly vaječníky ještě plně funkční, nástup klimakterických příznaků, jako jsou návaly horka, pocení, bušení srdce, bolesti hlavy, poruchy spánku, změny nálady aj. Proto se, není-li kontraindikace, co možná nejdříve nasazuje tzv. hormonální substituční terapie. Dodáním dostatečného množství informací předejdeme možným psychickým i tělesným následkům operačního zákroku. (1, 10)

1. 2 Děložní myomy – uterus myomatosus

1. 2. 1 Výskyt onemocnění

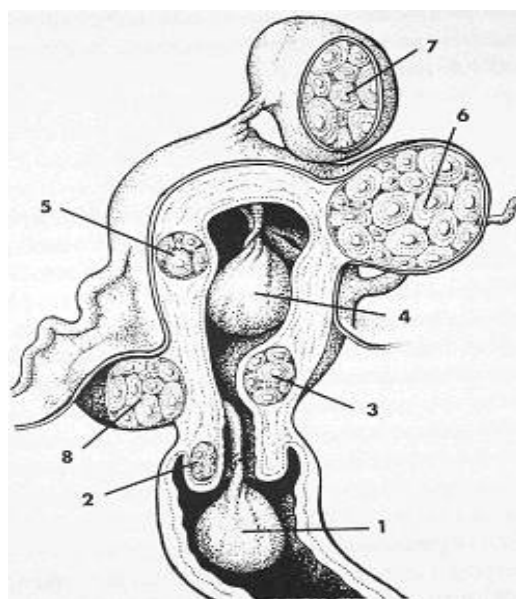
Děložní myomy / leiomyomy/ jsou nejčastěji se vyskytující mezenchymové benigní nádory u žen. Jsou diagnostikovány u 20 – 50 % žen v reprodukčním věku. Nejčastěji se myomy vyskytují u žen ve věku 30 – 40. let. Po menopauze dochází k involuci myomů a jejich výskyt klesá. (1, 5, 8)

1. 2. 2 Patologická anatomie

Leiomyomy vznikají proliferací hladké svaloviny dělohy a vždy vznikají de novo, nezávisle na ostatních myomech. Jsou tvořeny buňkami hladké svaloviny a extracelulárním pojivovým matrixem, který se skládá z kolagenu, proteoglykanu a fibronectinu. Myomy vykazují značnou variabilitu co do velikosti, počtu i lokalizace.

Mohou být solitární nebo mnohočetné. Mohou být lokalizovány v oblasti těla i hrdla děložního, ve vzácných případech je možno je diagnostikovat i v oblasti pochvy, vejcovodů a vulvy. Myomy jsou sférické, na řezu bílé, hladké, tvořeny svazky spirálovitě stočené hladké svaloviny a jsou ostře ohraničené od okolní tkáně. (1, 5, 8)

Obrázek č. 3 Lokalizace myomu v děloze



1. myoma nascens
2. cervikální intramurální
3. submukózní nasedající
4. submukózní stopkatý
5. intramurální
6. subserózní
7. subserózní stopkatý
8. subserózní intraligamentózní

Podle umístění vzhledem k děložní stěně je možno myomy klasifikovat, jako myomy subserózní / klenou se pod zevní povrch dělohy tzv. perimetrium, směrem do dutiny břišní /, intramurální / umístěné ve stěně děložní / a submukózní / uloženy těsně pod povrchem děložní sliznice tzv. endometriem a vyklenují se do dutiny děložní /. Subserózní a submukózní myomy mohou být přisedlé nebo stopkaté. Stopkaté subserózní myomy, které se vyklenují do hrdla děložního nebo před něj označujeme jako myoma nascens. Intraligamentózní myomy vyrůstají z rohů děložních a rozvíjejí se do parametrií.

Myomy velmi často podléhají degenerativním změnám jako je hyalinizace, kalcifikace až osifikace, cystická či mucinózní degenerace, hemoragická infarzace, která se vyskytuje zejména v těhotenství. V 0,1 – 1% mohou myomy podlehnout malignizaci za vzniku leiomyosarkomu. (1, 5, 8)

1. 2. 3 Etiologie

Příčina vzniku děložních myomů nebyla zatím plně objasněna. V patogenezi hrají důležitou roli ženské pohlavní hormony estrogen a progesteron. Oba tyto hormony jsou nezbytné pro růst myomů. Bylo prokázáno, že leiomyomy obsahují receptory pro estrogeny a progesterony ve vyšší koncentraci než okolní myometrium. Proto jsou leiomyomy velmi často zařazovány mezi estrogen-dependentní onemocnění. Růst myomů také souvisí s mutacemi probíhajícími na malém počtu genů.

Na vzniku leiomyomů se podílí i další vlivy např. *rasové* / černošky jsou postiženy častěji, jejich myomy jsou větší a příznaky výraznější /, *fyzikální* / častější výskyt u žen exponovaných ionizujícím zářením / a *vlivy hereditární* / 2,2x častější výskyt u blízkých příbuzných/. Byly také identifikovány některé rizikové faktory pro vznik děložních myomů. Patří k nim nuliparita, která zvyšuje relativní riziko vzniku myomů dvojnásobně. Naopak riziko klesá se zvyšujícím se počtem porodů. Důležitou úlohu sehrává i věk ženy v době posledního těhotenství. Čím je žena starší, tím je riziko vzniku myomů nižší. Také obezita výrazně zvyšuje pravděpodobnost vzniku myomů. Objevují se i studie zkoumající vliv výživy na vznik myomů. Uvádí se, že ženy s děložními myomy konzumují více hovězího a vepřového masa, méně zeleniny, ovoce a ryb než ženy bez myomů. Riziko vzniku myomů se také zvyšuje s vyšším vzděláním. Názory na vliv hormonální antikoncepce na vznik myomů nejsou jednotné. Na jedné straně jsou názory tvrdící, že hormonální antikoncepce nemá žádný vliv na vznik myomů a na druhé straně stojí názory, že dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce riziko vzniku myomů snižuje. (1, 5, 8)

1. 2. 4 Příznaky a důsledky myomů

Mnoho myomů roste asymptomaticky, nebo jsou jejich příznaky nevýrazné. Až 50% myomů bývá diagnostikováno náhodně při běžné gynekologické prohlídce. Nejčastějšími symptomy jsou dysmenorrhoea / bolestivá menstruace/, metrorrhagie /silné a nepravidelné menstruační krvácení/, které u některých žen mohou vést ke vzniku sideropenické anémie. Dalšími příznaky jsou pocity tlaku či bolesti v oblasti malé pánve. Myomy utlačující močový měchýř se projevují častým nucením na močení, urgentní inkontinencí eventuálně retencí moči, která je vyvolána tlakem myomu na močovou trubici. Při útlaku močovodu může vzniknout hydronefróza.

Rektální symptomatologie, jako je např. obštipace, jsou méně časté. Myomy mohou vést ke vzniku sterility / neschopnost otěhotnět / a infertility / neschopnost donosit životaschopný plod / tím, že způsobují kompresi vejcovodů, subserózní myomy alterují funkci endometria a tím dochází k poruchám implantace oplozeného vajíčka. Myomy deformující děložní dutinu bývají příčinou opakovaných potratů. Myomy se vyskytují u 1 – 2,6 % těhotných žen. Mohou vést k opakovaným spontánním potratům, předčasným porodům, abrubci /předčasné odlučování/ placenty, předčasnému odtoku plodové vody, intrauterinní retardaci růstu plodu. Pokud je myom porodní překážkou je třeba těhotenství ukončit císařským řezem. Dále mohou děložní myomy způsobovat silné poporodní krvácení. (1, 5, 8)

1. 2. 5 Diagnostika

V diagnostice děložních myomů je základem **palpační vyšetření**, které však odhalí pouze větší myomy. Proto bývá doplňováno zobrazovacími metodami schopnými detekovat i malé nádory. K diagnostice se používá ultrazvuk, hysterosalpingografie, hysteroskopie, sonohysterografie, CT a magnetická rezonance.

Výběr diagnostické metody záleží na klinické situaci. **Hysterosalpingografie** / rentgen kontrastní vyšetření dělohy / může zobrazit některé myomy v dutině děložní, myometrium však zobrazuje špatně. Výhodnější je použít **ultrazvukové vyšetření**. Je zatím nejrozšířenější a nejspolehlivější metoda používaná v diagnostice děložních myomů. Vaginální ultrazvuk umožňuje lepší vizualizaci myometria a jeho patologií. Dokáže identifikovat i malé myomy 4 – 5 mm v průměru. Při zvětšení dělohy nad velikost odpovídající 8. – 10. týdnu těhotenství a u myomů větších než 10 cm je vaginální ultrazvuk však nedostačující. V takových případech je nutné ho doplnit o transabdominální ultrazvukové vyšetření. Další metodou je **sonohysterografie** - detekce myomů pomocí transvaginální ultrazvukové sondy a roztoku zavedeného do dutiny děložní.

Hysteroskopie / endoskopické vyšetření dělohy/ je metodou diagnostickou i terapeutickou. Umožňuje diagnostiku subserózních myomů.

CT a Magnetická rezonance jsou diagnostické metody, které poskytují velmi přesnou informaci o počtu, velikosti a lokalizaci děložních myomů. Výhodná je zejména u žen s velkou dělohou. V praxi se však používají málo pro svou vysokou

cenu a pro skutečnost, že ultrazvukové vyšetření umožňuje ve většině případů dobrou diagnostiku.

Myomy mohou být diagnostikovány i při **laparoskopických a laparotomických operačních zákrocích**. Definitivní diagnózu myomů je možno stanovit pouze **histologickým vyšetřením**, při kterém jsou diagnostikovány v operačních preparátech, nebo ve vzorcích získaných při kyretáži, či děložní biopsii. (1, 5, 8)

1. 2. 6 Terapie

Pacientky s asymptomatickými leiomyomy, kdy děloha nepřesahuje velikost 12. týdne gravidity, jsou indikovány pouze ke sledování. Provádí se opakovaně palpační a ultrasonografické vyšetření v intervalu 3. měsíců. Tím se určí zda je leiomyom stabilní, pomalu či rychle rostoucí, zda se mění palpační nález v pánvi nebo symptomy tumoru. Při vyloučení rychlého růstu se vyšetření provádějí v intervalu 6. – 12. měsíců.

Symptomatické a rychle rostoucí děložní myomy jsou indikovány k některému z mnoha terapeutických postupů. Tyto postupy je možno rozdělit do třech skupin:

- a) konzervativní
- b) chirurgické
- c) nové metody v léčbě myomů

Volba terapeutického postupu u jednotlivých pacientek závisí na věku, přítomnosti či nepřítomnosti příznaků, nálezech fyzikálního a laboratorního vyšetření, hormonální substituci, dalších onemocněních pacientky, případné sterilitě nebo infertilitě, plánování gravidity. U chirurgických postupů je volba metody ovlivněna ještě technickými možnostmi oddělení a zkušeností operátora.

K o n z e r v a t i v n í l é č b a

Cílem konzervativních postupů je zmenšení objemu myomů a eliminace symptomů, zejména dysmenorrhoe a metrorrhagie. To následně umožní použít k jejich odstranění operační zákroky menší invazivity např. metody endoskopické či vaginální. K těmto terapeutickým postupům lze zařadit podání např. **nesteroidních antirevmatik, orální kontracepce, danazolu, agonistů gonadoliberinů či antiestrogenů**.

C h i r u r g i c k á l é č b a

Jde o metody jejichž hlavním cílem je odstranění myomů a eliminace symptomů. V chirurgické léčbě děložních myomů se nejčastěji používají dva druhy

zákroků – **hysterektomie a myomektomie**. Obě tyto operace je možno provádět abdominální cestou, laparoskopicky, vaginálně, případně kombinací přístupu laparoskopického a vaginálního. Submukózní myomy je možno odstranit při **hysteroskopické transcervikální resekci**.

K **hysterektomii** / odstranění dělohy / dle kritérií ACOG / American College of Obstetrics and Gynecology / jsou indikovány pacientky s velkými asymptomatickými myomy hmatnými přes stěnu břišní. Dále pacientky se symptomatickými myomy způsobujícími menorrhagii a anémii, pánevní bolesti, útlak močového měchýře nebo bolesti v kříži. Alternativní metodou v léčbě myomů je **myomektomie** / odstranění myomů /. Při tomto výkonu dochází k odstranění pouze myomu se zachováním dělohy a tudíž i plodnosti ženy. Dle ACOG jsou k myomektomii indikovány pacientky, u kterých je sterilita a infertilita způsobena děložními myomy. K laparoskopické myomektomii jsou vhodné případy, kdy se jedná o subserózní, nebo intramurální myom velikosti 4 – 10 cm. Nevhodné jsou případy se třemi a více myomy o velikosti nad 4 cm. Abdominální myomektomie je vhodná u pacientek, jejichž myomy jsou větší než 10 cm, nebo mají více než tři myomy nad 4 cm. **Hysteroskopická transcervikální resekce** myomů je indikována, dle kritérií ACOG, k léčbě subserózních myomů velikosti do 3 cm, prominujících do dutiny děložní více než 50 % svého objemu. Myomy nesmí okludovat tubární ústí.

N o v é m e t o d y v l é č b ě m y o m ů

Abdominální hysterektomii, tak často prováděné pro diagnózu děložních myomů, dnes konkuruje množství nových konzervativních i chirurgických léčebných postupů, z nichž některé jsou dostupné i v našich podmínkách. Jiné jsou pro svou finanční náročnost zatím nedostupné, s dalšími se setkáváme jen formou zajímavých literárních sdělení, či ještě nepřekročily rámec výzkumných studií.

Do této skupiny terapeutických postupů lze zařadit :

Myolýsu – jedná se o lokální destrukci myomů monopórní či bipolární koagulací, případně Nd – YAG laserem.

Kryomyolýsu - jde o lokální destrukci myomů pomocí nízké teploty.

Perkutánní terapeutickou embolizaci – je to metoda využívající k redukci objemu myomů a eliminaci symptomů uzávěru uterinních arterií.

Podání mifepristonu – mifepriston je antiprogesteron s abortivním účinkem. Jeho podávání není v České republice zatím povoleno.

Další metody jako je např. **genová terapie** jsou zatím ve fázi testování.

Tyto nové léčebné metody by měly být méně invazivní, s menším výskytem komplikací a morbidit, měly by zachovávat fertilitu ženy a v konečném důsledku by měly být i ekonomicky méně nákladné. (1, 5, 8)

1. 2. 7 Závěr a prognóza

Myom je jedním z nejčastějších onemocnění v každodenní praxi gynekologa a tím může být pokládán za banální a možná nezajímavé onemocnění, o kterém je známo prakticky vše. Zalistujeme –li recenzními pracemi, přesvědčíme se o pravém opaku. Málom který problém v gynekologii zaznamenal v posledních několika letech tolik nových poznatků ať už v oblasti patogeneze, epidemiologie, diagnostiky i léčby. Abdominální hysterektomii, tak často v minulosti prováděné pro diagnózu děložní myom, konkuruje množství nových léčebných metod, které je možno dělit na konzervativní, chirurgické a nové léčebné postupy. Jejich hlavním cílem je eliminace symptomů a zmenšení objemu event. odstranění myomů. Velkou nevýhodou konzervativních postupů je skutečnost, že po ukončení léčby dochází k opětovnému expanzivnímu růstu myomů. Proto se tyto metody používají zejména ke zmenšení objemu myomů před operačním zákrokem, který pak může být menší invazivity. Chirurgické metody, u kterých jsou odstraňovány pouze myomy / myomektomie/ bylo prokázáno, že u 20 – 25 % žen dojde k recidivě růstu myomů. Hysterektomie je jedinou chirurgickou léčbou, která vede k definitivnímu odstranění myomů i symptomů. K novým metodám, které lze použít v léčbě myomů patří Perkutánní embolizace děložních tepen, která u 40 – 70% žen vede ke zmenšení objemu myomů do 6. měsíců od zákroku. Další metodou je laparoskopická myolýza, která u 50 – 80% žen vede do 6. měsíců ke zmenšení objemu myomů a tím i vymizení symptomů. Při podání Mifepristonu dochází ke zmenšení objemu o 41% a dojde k odstranění symptomů po 12. týdnech léčby.

Tyto nové léčebné metody by měly být méně invazivní, s menším výskytem komplikací a morbidit, měly by zachovávat fertilitu ženy, měly by zkrátit dobu hospitalizace i rekonvalescence a v konečném důsledku by měly být i ekonomicky méně nákladné (1, 5, 8)

2. Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. S.

Oslovení: paní S.

Rok narození: 1973

Stav: vdaná

Adresa: Česká Lípa

Pojišťovna: 111

Povolání: dělnice

Vyznání: bez vyznání

Vzdělání: středoškolské

Národnost: česká

Telefon: má

Kontaktní osoba: manžel Jaroslav bytem dtto

Nástup hospitalizace: 10. 11. 2008

Diagnóza při přijetí: uterus myomatosus

Důvod přijetí: plánovaný operační zákrok – abdominální hysterektomie

Datum propuštění: 26. 11. 2008

Období mé péče: od 10. 11. do 20. 11. 2008

3. Lékařská anamnéza a diagnóza

3. 1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza: prodělala běžná dětská onemocnění

Operace: APPE - 1995, 1997 – 1998 6x operace PDK pro komplikovanou frakturu stehenní kosti, 1997 – operace kolene PDK, 2000 operace karpálního tunelu PHK, 2000 - LPSK adhesiolysis a chromopertubace

Onemocnění: 2000 diagnostikován DM 2. typu zpočátku na PAD, poslední rok na inzulinu – aplikuje si sama, 2002 diagnostikována arteriální hypertenze, varixy DKK

Abusus: kuřačka 1 - 5 cigaret / den

alkohol a káva příležitostně

Alergie: neudává

Chronická medikace: Tritace 5mg p. o. 1 – 0 – 1 / antihypertensivum/

Actrapid 12 – 12 – 12 j s. c. / antidiabetikum /

Insulatard 0 – 0 – 0 - 12 j s. c. / antidiabetikum /

Detralex tbl. p. o. 2 – 0 – 2 /venotonikum, vazoprotektivum /
Ibalgin 400 mg p. o. – dle potřeby při menstruaci /nesteroidní
antirevmatikum/

TRF: opakovaně po autonehodě a následně při operacích pro komplikovanou frakturu stehenní kosti, neví jaké množství, bez reakce

Úrazy: 1997 - komplikovaná fraktura stehenní kosti a poranění kolene po autonehodě

Rodinná anamnéza: Otec žije, léčí se s arteriální hypertenzí, ICHS

Matka žije, léčí se s DM 2. typu na PAD , arteriální hypertenzí, osteoporózou

Teta zemřela na karcinom prsu

Sociální anamnéza: vdaná, žije s manželem v rodinném domě, bezdětná

Gynekologická anamnéza: menarche v 10. letech, cyklus pravidelný 28 / 7 – 8 dní, silná bolestivá menstruace, 2003 – 2006 4x neúspěšné IVF + ET / in vitro fertilizace + embryotransfer – metoda asistované reprodukce /

PM 28. 10. 2008 - v termínu

porody - 0

IG - 0

AB - 0

Gynekologické operace: 2000 – LPSK adhesiolysis + chromopertubace

Hormonální antikoncepce: ne

Pracovní anamnéza: Pacientka pracuje jako dělnice ve výrobě automobilových součástek, v třísměnném provozu.

3. 2 Lékařské diagnóza

- uterus myomatosus, dysmenorrhoea, hypermenorrhoea nereagující na konzervativní léčbu
- sterilitas primaria, opakované neúspěšné pokusy IVF + ET
- DM 2. typu na inzulínu
- Arteriální hypertenze
- Varixy DK
- Obesitas

4. Diagnosticko – léčebná péče

4.1 Diagnostická vyšetření

Vyšetření potřebná k provedení operačního zákroku

Fyzikální vyšetření / 10. 11. 2008 /

35. letá pacientka přichází k plánovanému operačnímu výkonu – abdominální hysterektomii. Pacientka toho času bez bolesti, při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy, přiměřená hydratace, afebrilní, stolice a močení bpn, nauzea není, nezvrací, lebka normocefalická, přirozené držení hlavy, poklep hlavy a výstupy n. trigeminu nebolestivé, bulby ve středním postavení, zornice okrouhlé, izokorické, foto ++, zrak zhoršený – pravé oko 2 dioptrie, levé oko 2,5 dioptrie, slyší dobře, jazyk bez povlaku, růžový, plazí středem, normální náplň krčních žil, karotidy bez šelestu, hrudník bez atypií, eupnoe, ostře ohraničené 2 ozvy srdeční, břicho měkké, volně prohmatné, citlivé na pohmat v podbřišku, bez známek peritoneálního dráždění, jizva po APPE a incize po LPSK zhojené per primam, DK- symetrické, dobře prokrvené, bez defektů, mírné otoky kolem kotníků, periferní pulzace hmatná, varixy na obou DK.

Fyziologické funkce / 10. 11. 2008 /

TK: 155 / 90 P: 108' TT: 36,4°C D: 20'

Váha: 108 kg Výška: 175 cm BMI: 35,2

Vaginální vyšetření / 10. 11. 2008 /

Břicho měkké, volně prohmatné, nad niveau, palpačně citlivé v podbřišku, aperitoneální, jizvy po APPE a LPSK zhojené per primam.

In speculi: Zevní genitál klidný, pochva čistá bez fluoru, čípek nesuspektní, nekrvácí, slabě špiní.

Vaginálně: Děloha v AVF, zvětšená m. l. III +, semifixovaná, palpační citlivost, adnexa bilaterálně nediferencuji.

Závěr: Uterus myomatosus, dysmenorrhoea, hypermenorrhoea
ad hysterektomia abdominalis + revize adnex.

Laboratorní předoperační vyšetření z 3. 11. 2008 – pacientka přinesla s sebou jako součást předoperačního interního vyšetření.

Krevní obraz

Název metody	hodnota	Referenční meze + jednotky
Leukocyty	7,0	$3,9 - 10 \cdot 10^9 / l$
Erytrocyty	4,22	$3,7 - 5,2 \cdot 10^{12} / l$
Hemoglobin	119	120 – 168 g / l
Hematokrit	0,354	0,35 – 0,46
Střední objem erytrocytů	83,9	80 – 98 fl
Barvivo erytrocytů	28,2	27 – 32 pg
Střední barevná koncentrace	336	330 – 360 g / l
Trombocyty	349	$135 - 420 \cdot 10^9 / l$

Koagulace

Název metody	Hodnoty	Referenční meze + jednotky
Quickův test INR	1,01	0,8 – 1,2 INR
APTT	28,7	S

Biochemie - sérum

Název metody	Hodnoty	Referenční meze + jednotky
Glukóza	12,4	3,3 – 5,8 mmol / l
Urea	3,8	2,0 – 6,7 mmol / l
Kreatinin	57	44 – 104 umol / l
Sodík	137	135 – 144 mmol / l
Draslík	4,7	3,8 – 5,0 mmol / l
Chloridy	103	95 – 107 mmol / l
Bilirubin	8,0	< 17 umol / l
AST	0,25	< 0,66 ukat / l
ALT	0,46	< 0,73 ukat / l
GMT	0,59	< 0,68 ukat / l
Alkalická fosfatáza	1,46	< 1,63 ukat / l

Biochemie – moč kvalitativně

Název metody	Hodnoty	Referenční meze + jednotky
PH	5,0	4,5 – 5,5

Bílkovina	Neg.	abr. J
Glukóza	Neg.	abr. J
Bilirubin	Neg.	abr. J
Aceton	Neg.	abr. J
Krev	Neg.	abr. J
Urobilinogen	Neg.	abr. J
Dlaždicové epitélie	1 – 4	abr. J
Leukocyty	1 – 4	abr. J
Erytrocyty	1 – 4	abr. J

FW: 18 / 50

MOP: II A

Biochemie – kontrolní 10. 11. 2008

Název metody	Hodnoty	Referenční meze + jednotky
Glykémie	9 6	3,6 – 5,8 mmol / l

RTG S+P z 3. 11. 2008 - pacientka přinesla s sebou jako součást interního předoperačního vyšetření.

Stín hrudníku symetrický, nedostatečné inspirium, přehledný skelet bez známek traumatu, plicní křídla bilaterálně bez ložisek, až kondenzace plicní kresby bilaterálně v dolních polích, ostrá bránice, úhly nepřehledné, srdeční stín příčně uložen, KTI 140 / 310.

Interní předoperační vyšetření z 5. 11. 2008 – pacientka si přinesla s sebou

Osobní anamnéza: Vážněji nestonala, APPE - 1995, 1997 – 1998 6x operace PDK pro komplikovanou frakturu stehenní kosti, 1997 – operace kolene PDK, 2000 operace karpálního tunelu PHK, 2000 - LPSK adhesiolysis a chromopertubace, 1997 - komplikovaná fraktura stehenní kosti a poranění kolene po autonehodě, 2000 diagnostikován DM 2. typu zpočátku na PAD, poslední rok na inzulinu, 2002 diagnostikována arteriální hypertenze, varixy obou DK, kuřačka, alergie nezjištěna.

Objektivně: váha 108 kg, výška 175 cm, TK 130 / 70 , P 88'

Hlava bpn. , hltanová branka klidná, karotidy symetrické, bez šelestu, dýchání sklípkové, čisté, akce srdeční pravidelná, 2 ozvy ostře ohraničené, břicho špatně

prohmatné, bez rezistence, DK- mírný otok levého kotníku a lýtky, varixy obou DK, Homanns negativní.

Laboratorní výsledky a RTG S+P viz. výše

EKG: akce pravidelná, sinus, převodní časy v normě, ST izoel. , T vlna pozitivní

Chronická medikace: Tritace 5mg p. o. 1 – 0 – 1 / antihypertensivum/

Actrapid 12 – 12 – 12 j s. c. / antidiabetikum /

Insulatard 0 – 0 – 0 - 12 j s. c. / antidiabetikum /

Detralex tbl. p. o. 2 – 0 – 2 /venotonikum, vazoprotektivum

Závěr: Pacientka toho času schopna výkonu v celkové anestezii, riziko přiměřené výše uvedeným diagnózám, rozsahu výkonu a věku pacientky.

Doporučuji: kontrola glykémie, kontrola TK + jeho korekce Tritace 5 mg 2 x 1, perioperačně 10% G + ACT dle glykémie, prevence TEN - BDK, nízkomolekulární hepariny.

Ultrazvukové vyšetření / 10. 11. 2008 /

Děloha v AVF, v dlouhé ose 80 mm, slizniční echo nízké, na zadní stěně subserózní myomatózní uzel 100 x 90 mm, v oblasti levé hrany vyrůstá subserózní myom 43 x 28 mm, ovaria bilaterálně normálního vzhledu a velikosti, CD bez volné tekutiny.

Anesteziologické vyšetření / 10. 11. 2008 /

Závěr: Kardio – pulmonálně kompenzována, bez známek respiračního infektu schopna výkonu v celkové anestezii, ASA 2

Premedikace: večer – Fraxiparin 0,3 ml s. c. / antikoagulans, antitrombotikum /

Hypnogen 1 tbl. na noc / hypnotikum /

kontrola TK + P, glykémie

ráno - Tritace 5mg 1 tbl. p. o. / antihypertensivum /

Dormicum 7,5 mg p. o. 30. min. před výkonem / hypnotikum /

Degan 1 amp. i. v. / antiemetikum /

TK + P

Bandáže DK

Kontrola glykémie

10% G 500 ml + ACT dle hodnoty kontrolní glykémie

Vyšetření v dnech po operačním zákroku

Laboratorní vyšetření:

Krevní obraz

Datum	12. 11.	16. 11.	20. 11.	
Název metody				Referenční meze
Leukocyty	10,2	10,5	9,9	$3,5 - 10 \cdot 10^9 / l$
Erytrocyty	3,97	3,72	3,56	$3,8 - 5,2 \cdot 10^{12} / l$
Hemoglobin	104	100	93	120 – 160 g / l
Hematokrit	0,329	0,308	0,294	0,35 – 0,46
Střední objem erytrocytů	82,9	82,8	82,6	80 – 95 fl
Barvivo erytrocytů	26,2	26,9	26,1	29 – 33 pg
Střední barevná koncentrace	310	325	318	330 – 370 g / l
Trombocyty	319	493	618	$150 - 400 \cdot 10^9 / l$

Biochemie - glykémie

Datum	11.11.	11.11.	11.11.	12.11.	12.11.	12.11.	13.11.	13.11.	13.11.
Hodina	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	18 ⁰⁰	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰
Glykémie	7,00	12,4	14,7	15,7	16,0	15,3	11,1	15,6	18,5

Datum	14.11.	14.11.	14.11.	15.11.	15.11.	15.11.	16.11.	16.11.	16.11.
Hodina	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰
Glykémie	14,1	18,3	15,9	12,0	12,7	15,6	12,5	19,4	13,2

Datum	17.11.	17.11.	17.11.	18.11.	18.11.	18.11.	19.11.	19.11.	19.11.
Hodina	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰
Glykémie	12,3	13,8	11,0	12,6	11,3	10,9	13,2	12,1	10,8

Datum	20.11.	20.11.	20.11.	Referenční meze a jednotky
Hodina	7 ⁰⁰	11 ⁰⁰	17 ⁰⁰	
Glykémie	8,9	10,5	9,1	3,6 – 5,8 mmol/ l

Biochemie - sérum

Datum	16.11.	
Název metody		Referenční meze
Urea	3,6	2,0 – 6,7 mmol / l
Kreatinin	88	44 – 104 umol / l
Sodík	130	135 – 144 mmol / l
Draslík	3,9	3,8 – 5,0 mmol / l
Chloridy	92	95 – 107 mmol / l
Glukóza	21,1	3,6 – 5,8 mmol / l
Bilirubin	8,0	< 17 umol / l
ALT	0,43	< 0,66 ukat / l
AST	0,34	< 0,73 ukat / l
GMT	0,62	< 0,68 ukat / l
CRP	322,7	0 – 5 mg / l
Celková bílkovina	66	65 – 85 g / l

FW: 54 / 118 - 16. 11. 2008

Mikrobiologie – kultivace a citlivost - Stěr z rány / 16. 11. 2008 /

- **Nález:**

primokultura - +++ Streptococcus agalactiae

po pomnožení – Proteus mirabilis

- **Kvalitativní citlivost na ATB :**

Streptococcus agalactiae

penicilinC
doxycyklin/ Doxyhexal/R
AMO+ klavulanát / Amoksiklav/C
cefuroxim/ Axetine, Zinnat/.....C
oxacilin.....C
furantoin.....C
erytromycinC

Proteus mirabilis

amoxicilin / Amoclen/.....	C
cefuroxim / Axetine, Zinnat/.....	C
AMO + klavulanát / Amoksiklav/	C
cefoxitin / Mefoxin/.....	C
chloramfenikol.....	C
cefotaxim.....	C
doxycyklin / Doxyhexal/	R
ceftazidin / Fortum/.....	C
kotrimoxazol / Biseptol/.....	R
ciprofloxacin / Ciplox/.....	C
cefalotin.....	C
gentamicin.....	C

Kódy citlivosti C – citlivost R - rezistentní

Fyziologické funkce:

	0 den operace	1. den po operaci	2. den po operaci	3. den po operaci
Ráno	TK: 150 / 100 TK: 130 / 80 P: 82' TT: 6,8 °C	TK: 145 / 80 P: 88' TT: 37,6 °C	TK: 135 / 80 P: 82' TT: 37,1 °C	TK: 140 / 95 P: 88' TT: 37,0 °C
Poledne	Monitorace fyziologických funkcí a 1 hod	TK: 140 / 80 P: 86' TT: 37,8 °C	TK: 140 / 85 P: 82' TT: 36,9 °C	TK: 135 / 85 P: 82' TT: 37,2 °C
Večer	TK: 130-160 / 80 – 105 P: 68 – 92' TT: 36,7–37,2 °C	TK: 150 / 85 P: 88' TT: 37,5 °C	TK: 130 / 80 P: 88' TT: 37,2 °C	TK: 140 / 80 P: 88' TT: 37,3 °C

	4. den po operaci	5. den po operaci	6. den po operaci	7. den po operaci
Ráno	TK: 140 / 80 P: 82' TT: 37,0 °C	TK: 140 / 90 P: 92' TT : 37,8 °C	TK: 150 / 80 P: 82' TT: 37,5 °C	TK: 130 / 80 P: 72' TT: 37,1 °C
Poledne	TT: 36,9 °C	TT: 37,9 °C	TT: 37,7 °C	TT: 36,8 °C
Večer	TK: 135 / 80 P: 82' TT: 37,2 °C	TK: 130 / 80 P: 98' TT: 38,7 °C	TK: 130 / 80 P: 96' TT: 37,8 °C	TT: 37,2 °C
	8. den po operaci	9. den po operaci	10. den po operaci	
Ráno	TK: 120 / 80 P: 82' TT: 36,8 °C	TK: 125 / 80 P: 72' T : 36,8 °C	TK: 120 / 80 P: 72' TT: 36,5 °C	
Poledne	TT: 36,3 ° C	TK: 36,9 °C	TT: 36,7 °C	
Večer	TK: 135 / 80 P: 82' TT: 36,5 °C	TK: 130 / 80 P: 78' TT: 36,7 °C	TT: 36,8 °C	

Histologické vyšetření 15. 11. 2008

Děloha v pěti částech o průměru od 40 do 110 mm. Vrstevnatý epitel čípku přechází v cervikální sliznici s cystickou dilatací žlázek při mírném chronickém infiltrátu stromatu. Korporální endometrium hyperplastické. Tělo dělohy deformováno četnými leiomyomy o průměru od 10. do 70. mm.

Ultrazvukové vyšetření – 16. 11. 2008

Abdominální sondou: Zhoršená echogenita obrazu, oblast laparotomie se zdá být bez větší patologie, hematom jednoznačně nevidím, obě ledviny bez městnání, patrná střevní peristaltika.

Vaginální sondou: Pochva končí slepě, močový měchýř střední náplně a hladkých kontur, patologii neprokazují.

Diabetologické vyšetření

16. 11. 2008

Pacientka s DM 2. typu na inzulinu – aplikuje si sama, st. p. abdominální hysterektomii, t. č. subfebrilie, přetrvává pooperační hyperglykémie, pravděpodobně nedodržování dietního režimu.

Doporučení: Actrapid 18 – 18 – 16 j, Insulatard 6 – 0 – 0 – 18 j, dieta 9B, dohled nad dodržováním diety. Kontrola 19. 11. 2008.

19. 11. 2008

Pacientka po gynekologické operaci, kontrolní diabetologické vyšetření, hodnoty glykemií sníženy, ale stále ještě přetrvávají hyperglykémie.

Doporučení: Actrapid 20 – 18 – 16 j, Insulatard 8 – 0 – 0 – 20 j, dodržovat diabetickou dietu. Další kontrola dle potřeby.

Diabetická edukace 17. 11. 2008

V roce 2000 diagnostikován DM 2. typu, zpočátku na dietě a PAD, zhruba před rokem převedena na inzulinoterapii. Nyní po gynekologické operaci, přetrvávají hyperglykémie, pravděpodobně z nedodržování diabetické diety.

Vysvětleno co je diabetes mellitus, informována o tucích a sacharidech v potravě a jejich množstvích vhodných při DM, vysvětleno co je diabetická dieta a které potraviny a nápoje jsou vhodné a nevhodné při této dietě, sestaven jídelníček, zdůrazněna i nutnost pravidelné každodenní pohybové aktivity. Pacientka nevěděla, že je nutno inzulin vždy aplikovat před jídlem – vysvětleno kdy a jak aplikovat inzulin, nutnost dodržování dávek inzulinu.

4. 2 Terapie

4. 2. 1 Operační terapie

11. 11. 2008 v 7. 30 hod. zaveden periferní venózní katétr na PHK

11. 11. 2008 v 7. 35 hod. zaveden permanentní močový katétr číslo 14

11. 11. 2008 od 7.40 do 10.05 hod. operační zákrok abdominální hysterektomie

Operační protokol

Po zarouškování a desinfekci v klidné celkové anestezii z kožního řezu dle Pfannenstiela za stavění krvácení je pronikáno po jednotlivých anatomických vrstvách do dutiny břišní.

Situs: Děloha napřímená, velikosti ml. IV, semixifovaná, pro obezitu nelze více zhodnotit.

Do dělohy je zaváděn vrták a je snaha o její mobilizaci. Toto se však nedaří. Nelze zajistit bezpečný operační prostor, tedy je nutno rozšířit laparotomii kraniálně ve střední čáře přes všechny vrstvy.

Situs: děloha viz. výše, adnexa bilaterálně bez makroskopických změn, st. p. appendektomii, drobné srůsty v malé pánvi, malé množství serosanguinolentního výpotku, jinak dutina břišní bez patologického nálezu.

Po rozrušení srůstů a uvolnění prostoru jsou nakládány jednotlivé opichy na ligamenta rotunda. Poté jsou nakládány dva peány na hrany děložní a jsou oddělena obě rotunda. Ostrým nožem je oddělena větší část děložního těla s myomem o průměru cca 10 cm. Tím se zpřehledňuje operační pole. Vzhledem k fixaci salpingů plošně na ovaria je provedena pouze simplexní hysterektomie. Poté je sesouvána plika močového měchýře a sestupuje se kaudálně podél děložních hran až k odstupům arteriae uterinae. Dále jsou nakládány peány a obě artérie jsou přerušeny a ligovány safilovými stehy. Kontrola krvácení – nekrvácí. Dále se postupuje podél cervikálních hran až na stěny poševní. Krvácení je stavěno jednotlivými opichy. Následuje extrakce poševní tamponády, zavedená před operací. Ostře je proniknuto do pochvy a je dokončena vlastní hysterektomie. Pahýl poševní je sešíván pokračovacím podvlékačným safilovým stehem. Kontrola krvácení – nekrvácí. Poševní pahýl je zavěšen na ligamenta rotunda. Peritonealizace malé pánve. Kontrola krvácení – nekrvácí. Vysušena dutinu břišní. Počet nástrojů a roušek souhlasí. Dutina břišní je uzavřena po jednotlivých anatomických vrstvách a kůže je šita intradermálním stehem. Celkové krevní ztráty cca 300 ml. Permanentní močový katétr odvádí čistou moč. Výkon bez komplikací. Ad histologiam - děloha

4. 2. 2 Farmakoterapie

- **Hypnogen tbl.** (Zolpidemi tardas), hypnotikum, tableta, dávkování - 1 tbl. na noc per os, aplikace 10. 11. 2008
vedlejší účinky: Vyskytují se zejména u starších lidí - zmatenost, halucinace, noční můry, neklid, agresivita, podrážděnost, bludy, porucha chování, točení hlavy, bolesti hlavy, ospalost během dne, nauzea, zvracení, svalové bolesti a slabost, přecitlivělost na složky přípravku – svědění, vyrážka apod. , dvojité vidění, riziko vzniku závislosti.

- **Dormicum 7,5 mg tbl.** (Midazolamum), hypnotikum, tableta, dávkování – 1. tbl. per os 30 minut před výkonem, aplikace 11. 11. 2008
vedlejší účinky: Ospalost a únava během dne, vzácně poruchy paměti + svalová slabost, která se může projevit nejistotou při chůzi nebo dokonce pády.
- **Paralen 500 mg tbl.** (Paracetamolum), analgetikum, antipyretikum, tableta, dávkování - 1 tbl. / 6 hod. per os, aplikace 12. – 13. 11. 2008, 15. – 17. 11. 2008
vedlejší účinky: alergické reakce – kožní vyrážky, svědění apod.
- **Tritace 5 mg tbl.** (Ramiprilum), antihypertensivum, tableta, dávkování 1 – 0 – 1 per os, aplikace 10. – 20. 11. 2008
vedlejší účinky: točení hlavy, závratě, slabost, poruchy koncentrace, hučení v uších, suchý kašel, alergická reakce – kožní vyrážka, zarudnutí, svědění, angioedém.
- **Zanocin 200mg tbl.** (Ofloxacinum), antibiotikum, tableta, dávkování 1 tbl. / 12 hodin per os, aplikace 13. – 17. 11. 2008
vedlejší účinky: Nauzea, zvracení, nechutenství, průjem, bolesti břicha, bolesti hlavy, závratě, kožní vyrážka, svědění, poruchy spánku, neklid.
- **Detralex tbl.** (mikronizovaná čištěná flavonoidní frakce), venotonikum + vazoprotektivum, tableta, dávkování 2 – 0 – 2 tbl. per os, aplikace 10. 11. 2008, 13. – 20. 11. 2008
vedlejší účinky: Nevolnost, zvracení, bolesti žaludku, bolesti hlavy, závratě.
- **Lexaurin 3 mg tbl.** (Bromazepamum), benzodiazepinové anxiolytikum, tableta, dávkování 1 – 0 – 1 tbl. per os, aplikace 16. – 17. 11. 2008
vedlejší účinky: Únava, ospalost, závratě, bolesti hlavy, točení hlavy, zmatenost, porucha soustředění, přecitlivělost projevující se vyrážkou, svěděním.
- **Actrapid inj.** (Insulinum humanum biosyntetikum), antidiabetikum, injekční roztok, dávkování 12 – 12 – 12 j nebo dle hodnoty glykémie subkutánně, intravenózně, aplikace 10. – 20. 11. 2008
vedlejší účinky: Hypoglykémie projevující se netečností, bušením srdce, zmateností, bolesti hlavy, pocení, zvracení, přecitlivělost projevující se zarudnutím těla, pocení, pokles TK, tachykardie, sípání a zkrácené dýchání.

Místní přecitlivělost projevující se svěděním, zarudnutím, otokem místa vpichu.

- **Insulatard inj.** (Insulinum humanum biosyntetikum), antidiabetikum, injekční roztok, dávkování 0 – 0 – 0 – 12 j subkutánně, aplikace 12. – 20. 11. 2008

vedlejší účinky: Hypoglykémie projevující se netečností, bušením srdce, zmateností, bolestí hlavy, pocení, zvracení, přecitlivělost projevující se zarudnutím těla, pocení, pokles TK, tachykardie, sípání a zkrácené dýchání. Místní přecitlivělost projevující se svěděním, zarudnutím, otokem místa vpichu.

- **Fraxiparin 0,3 ml inj.** (Nadroparinum calcicum), antikoagulans + antitrombotiku, injekční roztok, dávkování - 0,3 ml / 24 hod. s. c. , aplikace 10. – 15. 11. 2008

vedlejší účinky: malé krevní výrony v místě vpichu, krvácivé projevy, přechodné zvýšení transamináz, alergická reakce - angioedém, kožní vyrážka, svědění až anafylaktický šok.

- **Dipidolor 15 mg inj.** (Piritramidum), analgetikum, injekční roztok, dávkování - při bolesti maximálně 1 amp. / 6 – 8 hod. intramuskulárně, aplikace 11. – 13. 11. 2008

vedlejší účinky: Ospalost, únava, nevolnost, zvracení, zácpa, alergické projevy - svědění kůže + vyrážka. Při dlouhodobém podávání může vzniknout závislost.

- **Syntostigmin inj.** (Neostigmini metilsulfát), parasimpatikomimetikum, injekční roztok,

dávkování - 1 – 1 – 0 1amp. intramuskulárně, aplikace 12. – 13. 11. 2008

vedlejší účinky: Zvýšené slinění + slzení + pocení + průdušková sekrece s kašlem, zúžení zornic, neostře vidění do dálky, zvýšená střevní peristaltika až křeče, zvracení, průjem, polakisurie, tachykardie, hypertenze nebo hypotenze, svalové záškuby, riziko provokace astmatického záchvatu.

- **Degan 10 mg inj.** (Metoklopramidi hydrochloridum monohydricum), antiemetikum, injekční roztok, dávkování - při obtížích, maximálně 1 amp. / 8 hod intravenózně, aplikace 12. 11. 2008

vedlejší účinky: Únava, ospalost, neklid, nespavost, závratě, bolesti hlavy, střevní potíže, pocit sucha v ústech, kopřivka a svědění – alergický projev.

- **Efloran 500 mg inj.** (Metronidazolum), chemoterapeutikum, injekční roztok 100 ml, dávkování – 1. amp. 30 minut před výkonem intravenózně, aplikace 11. 11. 2008

vedlejší účinky: Nauzea, zvracení, nechutenství, bolesti hlavy, pocit sucha v ústech, průjem či zácpa, alergické projevy - svědění, kopřivka až anafylaktický šok, pocit ucpaného nosu, nepříjemný pocit nebo pálení v močové trubici, suchost pochvy a zevního pohlavního ústrojí, snížení sexuálního libida, povleklý jazyk, záněty jazyka či dutiny ústní, pocity mravenčení či změny citlivosti, zmatenost, závratě, poruchy koordinace pohybů, ospalost či nespavost, pokles počtu leukocytů.

- **Perfalgan 1 g inj.** (Paracetamolum), analgetikum + antipyretikum, infúzní roztok 100ml, dávkování - při obtížích, maximálně 1amp. / 6 hod. intravenózně, aplikace 11. 11. 2008

vedlejší účinky: alergické reakce – kožní vyrážky, svědění.

- **Gentamicin 80 mg inj.** (Gentamicinum), antibiotikum, injekční roztok, dávkování - 3 amp. + 100 ml F1/1 / 24 hod. intravenózně, aplikace 17. – 20. 11. 2008

vedlejší účinky: Nauzea, zvracení, zvýšené slinění, nechutenství, purpura, zarudnutí kůže, svědění, kopřivka, zvýšení TT, bolesti hlavy či kloubů, zvýšené hladiny ALT, AST, bilirubinu, močoviny, kreatininu, trombocytopenie, anémie, granulocytopenie, porucha funkce ledvin, vliv na vestibulární a sluchové nervy.

- **Klimicin 300 mg inj.** (Clindamicini phosphas), antibiotikum, injekční roztok, dávkování - 1 amp. + 100 ml F1/1 / 6 hodin intravenózně, aplikace 17. – 20. 11. 2008

vedlejší účinky: alergická reakce, bolesti břicha, nauzea, zvracení, průjem, kovová chuť v ústech.

- **Infúzní roztoky** F 1/1 - 0,9 % NaCl 500 ml, 100 ml + R 1/1 – Ringerův roztok 500 ml + H 1/1 – Hartmanův roztok 500 ml + 10 %G – 10% Glukóza 500 ml , infundabilium, injekční roztok, dávkování - 3000 – 4000 ml / 24

hod. , 2 x R1/1 500ml, 3x 10%G 500ml, 1x H1/1 500ml, 1x F1/1 500 ml, 2x F1/1 100 ml intravenózně, aplikace 11. – 12. 11. 2008

vedlejší účinky: Hyperhydratace projevující se zvýšenou tenzí kůže, přetížení oběhu, vznik edémů dysbalance elektrolytů acidobazické rovnováhy.

- **Indometacin 100 mg supp.** (Indometacinum), analgetikum + nesteroidní antirevmatikum + antiflogistikum, suppositorium, dávkování - 1 supp. / 12 hod. per rektum, aplikace 11. – 14. 11. 2008

vedlejší účinky: Nauzea, zvracení, nechutenství, bolesti břicha, průjem nebo zácpa, vznik žaludečního či duodenálního vředu, skryté krvácení do zažívacího traktu s následným vznikem anémie, zhoršení průběhu Crohnovy choroby a ulcerózní proktokolitis, bolesti hlavy, svalová slabost, ospalost, podrážděnost, zhoršení epilepsie, alergické projevy – svědění, kožní vyrážka apod., při dlouhodobém užívání může dojít k poruše krvetvorby, bušení srdce, zvýšení TK, bolestem na hrudi.

- **Torecan supp.** (Thiethylperazini hydrogenomalas), antiemetikum, suppositorium, dávkování - při obtížích , maximálně 1 supp. / 8 hod. per rektum, aplikace 16. 11. 2008

vedlejší účinky: Ospalost, závratě, bolesti hlavy, neklid, nechutenství, pocit sucha v ústech, při dlouhodobé léčbě se může objevit zákal čočky se snížením zrakové ostrosti.

- **Suppositorium glycerini** (Glycerolum), laxativum, suppositorium, dávkování - při obtížích 1- 2 čípky per rektum, aplikace 14. – 15. 11. 2008

vedlejší účinky: Přecitlivělost na složky přípravku, bolesti břicha, anální fisury, krvácející hemoroidy.

4. 2. 3 Dietoterapie

Diety: NPO – nic per os

2 / 9 – šetřící diabetická

0 / 9 – tekutá diabetická

9B – diabetická s 225 g

1 / 9 – kašovitá diabetická

sacharidů za den

Datum	10.11.	11.11	12.11.	13.11.	14.11.	15.11.	16.11.	17.11.	18.11.
Dieta	9B večeře 0 / 9	NPO	hořký čaj	0 / 9	1 / 9	2 / 9	9B	9B	9B

Datum	19.11.	20.11.
Dieta	9B	9B

4. 2. 4 Fyzioterapie

Důležitou součástí léčby po abdominální hysterektomii je i léčebná tělesná výchova / LTV/.

Význam LTV:

- zabránění vzniku pooperačních komplikací prohloubením plicní ventilace, povzbuzením krevního oběhu a střevní peristaltiky
- zlepšit prokrvení malé pánve se snahou urychlit hojení operačního pole
- posílit svaly, které byly operací oslabeny /svaly břišní a pánevního dna/
- zlepšit celkovou psychickou a fyzickou kondici

Postup LTV po abdominální hysterektomii:

V den operace - po probuzení pacientky z narkózy začneme provádět dechová cvičení, jejichž cílem je prohloubit plicní ventilaci. Opakovaně prováděn nácvik odkašlávání s přidržením operační rány. Každou hodinu provádíme přitahování a propínání špiček a kroužení nohama v kotnících, jako prevenci tromboembolických komplikací.

První den po operaci – Opakujeme vše z předchozího dne. Přidáváme dechovou gymnastiku se souhybem horních končetin. Dále nacvičujeme abdominální dýchání a lehkou masáž střev, jejichž cílem je zlepšení střevní peristaltiky. Pacientka se otáčí na bok a pokud to dovoluje její stav vstává z lůžka a projde se kolem lůžka v doprovodu sestry.

Příklady cviků:

1. Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, přidržení operační rány a odkašlávání.
2. Leh na zádech, ruce podél těla, s vdechem ruce na ramena – s výdechem připažit.
3. Leh na zádech, ruce připažit, s nádechem vzpažit, při výdechu připažit.
4. Leh na zádech, ruce na ramena, s vdechem vzpažit, při výdechu ruce zpět na ramena.
5. Leh na zádech, ruce podél těla, pokrčené dolní končetiny, spustit kolena mírně vlevo a pak vpravo.
6. Nácvik masáže břišní stěny k navození lepší střevní peristaltiky.

Druhý až čtvrtý den po operaci – Provádíme aktivní dechová cvičení, cvičení horních a dolních končetin, cvičení svalů dna pánevního, abdominální dýchání, protahovací a uvolňovací cviky krční a bederní páteře.

Příklady cviků:

1. Leh na zádech, paže podél těla, s vdechem předpažit, s výdechem připažit.
2. Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o postel, ruce na břicho, s vdechem vyklenujeme břicho, s výdechem břicho vtahujeme dovnitř.
3. Leh na zádech, paže podél těla, skrčit levou dolní končetinu a natáhnout, stejný postup i u pravé dolní končetiny.
4. Leh na zádech, paže podél těla, unožit střídavě levou a pravou dolní končetinu.
5. Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o postel, přednožit střídavě pravou a levou dolní končetinu.
6. Leh na zádech, paže podél těla, natažené dolní končetiny / jiná možnost - pokrčené dolní končetiny/, stisknout kolena, stehenní a hýžděové svaly k sobě, vtáhnout konečník a pochvu, uvolnit močovou trubici.
7. Sed na lůžku, dolní končetiny spuštěny, dlaně se opírají za tělem, přednožit levou nebo pravou dolní končetinu.
8. Sed na lůžku, dolní končetiny spuštěny, s vdechem upažit pravou nebo levou horní končetinu a otočit trup, s výdechem zpět.

Od pátého dne po operaci – přidáváme cviky ve stoji na protažení jizvy a správné držení těla. (4)

5. Průběh hospitalizace

10. 11. 2008 – příjem

Pacientka J. S. přijata k plánované abdominální hysterektomii na oddělení operační gynekologie. Pacientka si sebou kromě osobních věcí přinesla i lékařskou dokumentaci, která obsahovala hematologické, biochemické i mikrobiologické laboratorní výsledky, interní předoperační vyšetření, RTG srdce + plíce a doporučující zprávu z indikační poradny. Po administrativním příjmu provedeném jak lékařem tak sestrou byl pacientce ukázán pokoj a její lůžko. V průběhu dne pacientka ještě podstoupila vaginální příjmové vyšetření, ultrazvukové a anesteziologické vyšetření, kontrolní laboratorní vyšetření glykémie a byla zahájena

příprava k operačnímu zákroku. Ta spočívala v poučení pacientky o tom, že musí sundat veškeré šperky, odlakovat nehty, od půlnoci nesmí nic jíst ani pít, nežvýkat ani necucat bonbón. Dále následovalo oholení oblasti genitálu a provedení výplachu pochvy 0,02 % persterilem a očistné klyzma. Po přípravě byly pacientce podána večerní premedikace.

11. 11. 2008 - operační den

Den plánované abdominální hysterektomie. Bezprostředně před výkonem byly ještě provedeny následující úkony – klyzma, výplach pochvy 0,02% persterilem + zavedení poševní tamponády + kontrola oholení genitálu, odlakování nehtů + připomenutí, že pacientka nesmí přijímat nic per os, BDK, desinfekční obklad na břicho, zavedení permanentního močového katétru, zajištění periferního venózního vstupu na PHK a aplikace 10% glukózy + Actrapidu dle hodnoty glykémie a ranní premedikace.

Operační zákrok trval asi 120 minut, byl bez komplikací a krevní ztráty byly v normě. Operace viz. operační protokol.

Po probuzení z narkózy byla pacientka z operačního sálu převezena zpět na oddělení. Sledoval se TK + P po 30 minutách do stabilizace a dále 1x za hodinu do 22⁰⁰ hodin, přes noc 1x za 2 hodiny., TT 3x den, saturace - kontinuálně, EKG - kontinuálně, hodinová diuréza, odvod z drénů, operační rána. Plnily se ordinace dle lékaře a sledoval se celkový stav pacientky, hodnotila se bolest event. se podávala analgetika. Pravidelně se kontrolovala hodnota glykémie. Při podávání čaje po lžičkách se objevuje nauzea – Degan 1 amp. i.v. + infúzní terapie + tekutiny nepodávány.

12. 11. 2008 – první den po operaci

Subfebrilie během dne, večer febrilie, opakovaně podán Paralen 500 mg tbl. . Bolesti malé, tlumeny analgetiky – Dipidolor 1amp. i. m., pacientka se cítí dobře, je trochu unavená a více se potí, oběhově stabilizována, nezvracela, nauzea jen po požití tekutin – Degan 1 amp. i. v. + infúzní terapie, oběhově stabilizovaná, střevní peristaltika obleněná – Syntostigmin 1amp. i. m., dýchání bez obtíží, laparotomie klidná bez sekrece, nekrvácí, slabě špiní, ztráty z drénů minimální, permanentní močový katétr odvádí čirou moč, diuréza hojná bez podpory léků, 13⁰⁰ hod. močový katétr ex., 14⁴⁵ hod. močí spontánně, bez obtíží. Pacientka vstává z lůžka do sprchy za pomoci a doprovodu sestry. Během dne kontroly glykemií – přetrvává hyperglykémie - aplikace inzulinu. Odebrán i kontrolní krevní obraz / hodnoty viz. výše /.

13. 11. 2008 – druhý den po operaci

Přetrvávají subferbrilie celý den + pacientka si stěžuje na častější nucení na močení a mírné pálení při močení – odběr moči na kultivaci a citlivost, dostatek tekutin, urologický čaj a nasazena antibiotika Zanocin 200 mg tbl., antipyretika, střevní peristaltika +, flaty +, stolice nebyla, nezvracela, nauzea není, dýchání bez obtíží, bolesti minimální tlumeny analgetiky - Dipidolor 1 amp. + Indometacin supp., laparotomie klidná bez sekrece, nekrvácí, slabě špiní, drény neodvádí ex., flexila na PHK ex., oběhově stabilizovaná, kontrola glykémie - přetrvávají hyperglykémie.

14. 11. 2008 – třetí den po operaci

Subfebrilie pouze ráno a večer, během dne bez teploty, ústup urologických obtíží, moči spontánně bez obtíží, výsledky kultivací negativní, i přesto pokračováno s antibiotiky + dostatek tekutin + urologický čaj, peristaltika +, větry +, stolice nebyla, nezvracela, nauzea není, dýchání bez obtíží, laparotomie s mírnou serózní sekrecí, bolesti tlumeny analgetiky – Indometacin supp., oběhově stabilizovaná, přetrvávají hyperglykémie – poučena sestrou o dodržování dietního režimu.

15. 11. 2008 – čtvrtý den po operaci

Subfebrilie pouze ráno a večer během dne bez teploty, močení bez obtíží, stolice nebyla – glycerinový čípek event. projímavý čaj a klyzma, peristaltika +, větry +, dýchání bez obtíží, během dne bez analgetik – bolesti nemá, pouze bolesti večer - podána analgetika, nekrvácí, nešpiní, laparotomie se sekrecí + lehké zarudnutí, opět přetrvávají hyperglykémie – domluveno diabetologické konzilium.

16. 11. 2008 – pátý den po operaci

Vzestup teploty subfebrilie až febrilie - antipyretika, močení bez obtíží, peristaltika +, větry +, stolice byla, bolesti nemá, 1x zvracela po večeři – Torecan supp., nekrvácí, nešpiní, laparotomie s hojnou sekrecí a zarudnutím – stěr z rány na kultivaci a citlivost + ultrazvuková kontrola + kontrolní laboratoř / krevní obraz, biochemie, FW – výsledky viz. výše /zvýšené zánětlivé markery, pacientka smutná, plačtivá, úzkostná – má pocit, že se jí v životě nedaří, těšila se domů a teď se komplikuje pooperační průběh, který prodlouží její pobyt v nemocnici + je jí líto, že již nebude moci mít vlastní děti a má strach, že ji opustí manžel – povolena návštěva i mimo návštěvní hodiny + veden rozhovor s pacientkou + lexaurin 3 mg tbl., dnes diabetologické konzilium – změna dávek inzulínu + diabetická edukace / viz. výše/.

17. 11. 2008 – šestý den po operaci

Přetrvávají subfebrilie, dýchání čisté, stolice byla, větry +, peristaltika +, nezvracela, nauzea +, močení bez obtíží, sutura zarudlá se seropurulentní sekrecí – lokální ošetření – dezinfekce + výplach peroxidem vodíku + zaveden rukavicový drén + dezinfekce + sterilní krytí, stěžuje si na bolesti laparotomie – podána analgetika – indometacin supp., výsledky kultivací pozitivní- +++ Streptococcus agalactiae a Proteus mirabilis – změna antibiotické léčby - Zanocin ex., nasazen Gentamicin 240 mg i. v. + 100 ml F1/1 / 24 hod. a Klimicin 300 mg + 100 ml F1/1 i. v. / 6 hod. , zajištěn periferní venózní vstup na LHK, pacientka stále smutná a plačtivá, hladiny glykemií poklesly, ale stále ještě jde o hyperglykémie.

18. 11. 2008 - sedmý den po operaci

Subfebrilie pouze ráno a večer, dýchání čisté, větry +, stolice dnes nebyla, peristaltika +, nezvracela, nauzea jen dopoledne, močení bez obtíží, laparotomie zarudlá se sekrecí – lokální ošetření viz. 17. 11., bolesti nemá, oběhově stabilní, cítí se lépe, přetrvávají zvýšené glykémie – objednáno kontrolní diabetologické konzilium.

19. 11. 2008 – osmý den po operaci

Bez teploty, cítí se dobře, kardio-pulmonálně kompenzována, nauzea není, nezvracela, stolice byla, bolesti nemá, močení bez obtíží, diabetologické konzilium – úprava dávek inzulínu /viz. výše/ + opakované poučení o diabetické dietě sestrou, zarudnutí laparotomie ustupuje, sekrece přetrvává, lokální ošetření viz. 17. 11.

20. 11. 2008 – devátý den po operaci

Subjektivně bez obtíží, bolesti nemá, pasáž a mikce v normě, bez teploty, laparotomie jen s mírným zarudnutím, sekrece mírnější, ale přetrvává, 2,5 x 3 cm dehiscence, lokální ošetření exkochleace nekrotických hmot + viz. 17. 11. Pro mírnou bolestivost zrušen periferní venózní katétr na LHK a zaveden nový na PHK

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

1. 1 Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci

Hlavním důvodem plánované abdominální hysterektomie u paní J. S. jsou děložní myomy. Pacientka přesně neví čím je toto onemocnění způsobeno a proč děložní myomy postily právě ji. Velmi ji obtěžují symptomy tohoto onemocnění, jako je dysmenorrhoea a metrorrhagie. Je přesvědčená o tom, že děložní myomy jsou i důvodem její sterility. Pacientka si plně uvědomuje, že abdominální hysterektomie je operační zákrok, při kterém ji bude odoperována děloha a tím ztrácí veškerou naději mít vlastní děti. S touto skutečností se zpočátku vyrovnávala velmi špatně, protože po dětech touží. V těchto těžkých okamžicích byl paní J. S. velkou oprou manžel. Společně tuto stresující situaci překonali a zažádali si o adopci. Při příjmu vnímá pacientka hospitalizaci a operační zákrok jako nutné zlo, které ji pomůže od nepříjemných symptomů. Je plně informována, že její hospitalizace při nekomplikovaném průběhu potrvá asi 7 - 10. dní a po propuštění bude následovat 6 - 8. týdenní rekonvalescence v domácím prostředí. Je spokojena se vstřícným jednáním a chováním zdravotnického personálu v průběhu hospitalizace a je překvapena z množství informací, které ji byly podány jak o léčebném režimu, tak režimu nemocničním.

1. 2 Hodnocení pacientky sestrou

Při příjmu pacientka působí upraveným a sebevědomým dojmem. Je orientovaná místem, časem, osobou, situací, prostředím a je plně soběstačná ve všech oblastech sebepečí. Hybnost všech končetin není omezena.

Pacientka dobře navazovala kontakt, nejen se mnou, ale i s jinými zdravotnickými pracovníky a ostatními pacientkami na pokoji a oddělení. Ochotně odpovídala na všechny mé dotazy. V nemocničním prostředí se adaptovala dobře. Večer a ráno před operačním zákrokem, byla u pacientky patrná nervozita a strach z narkózy, operačního zákroku, možných perioperačních komplikací a bolesti v pooperačním průběhu. Strach a nervozita se projevují tachykardií, vzestupem TK, pocitem bušení srdce, změnou mimiky, častým dotazováním na průběh operace, narkózu, možné komplikace a pooperační průběh.

V pooperačním průběhu byla pacientka vyrovnaná, spolupracovala, soběstačná, pečovala o svůj zevnějšek a hybnost končetin byla narušena. Zpočátku dobře snášela i komplikace, které se v pooperačním průběhu objevily. Pátý den po operaci se u

pacientky objevuje nervozita, smutek, pláč a touha být sama nikým nerušena. Toto psychické rozpoložení bylo způsobeno výskytem další pooperační komplikace / infekce a dehiscence laparotomie/, která významně prodlouží její pobyt v nemocnici. Taktním, citlivým a individuálním přístupem, medikamentózní terapií, podáním dostatečného množství informací byl tento stav zvládnut během jednoho dne. Po zbytek hospitalizace byla pacientka již usměvavá, vyrovnaná, spolupracovala a komunikovala.

1. 3 Potřeby pacientky

1. 3. 1 Fyziologické potřeby

Dýchání

Před hospitalizací: Paní J. S. je kuřačka. V minulosti kouřila 15 - 20 cigaret denně, postupně se snaží kouření omezit. Jejím cílem je přestat kouřit úplně. Nyní kouří 1 – 5 cigaret za den. Dýchání je pravidelné, přiměřené hloubky, dechová frekvence 20 za minutu, bez projevů dušnosti a vedlejších dýchacích projevů. Kašel + rýma + nachlazení není.

V průběhu hospitalizace: V den operačního zákroku a první den po operaci pacientka vykašlává malé množství bělavého sputa bez příměsí. V dalších dnech již nevykašlává nic a ani kašel není, dýchání je pravidelné, přiměřené hloubky, bez projevů dušnosti a vedlejších dýchacích projevů.

Výživa

Před hospitalizací: Váha 108 kg, výška 175 cm, BMI 35, 2. Pacientka ví, že je obézní a že by měla zhubnout alespoň 30 kg, které přibrala během posledních zhruba 5. let. Podle pacientky byl příčinou stres a hormonální substituce, kterou podstupovala před IVF + ET. Snažila se opakovaně držet redukční dietu, ale bez úspěchu. Vzhledem k diagnostikovanému DM 2. typu na inzulinoterapii by měla pacientka dodržovat diabetickou dietu. Sama přiznává, že se při jídle nijak neomezuje. Dietu dodržuje jen pokud má jít na kontrolu do diabetologické poradny. Potravu přijímá per os, problémy s příjmem potravy ani s polykáním nemá, chuť k jídlu se nezměnila. V oblasti příjmu i přípravy potravy v domácím prostředí, je zcela soběstačná. Chrup má vlastní sanován – pravidelné kontroly u zubaře 2 x za rok. Pacientka jí vše kromě špenátu a leča, které jí nechutnají a jsou jí odporné vzhledem.

V průběhu hospitalizace: Pacientka byla při příjmu potravy zcela soběstačná, jídlo jí chutnalo. Přehled diet v pooperačním průběhu viz výše – dietoterapie. Vzhledem ke skutečnostem, získaným od pacientky při příjmu o nedodržování diety a výsledkům glykemií v pooperačním průběhu bylo pacientce domluveno opakovaně diabetologické konzilium, při kterém byly upraveny dávky inzulínu a opakovaně provedena diabetologická edukace. Cílem bylo, aby pacientka pochopila co je diabetes mellitus, jaké má komplikace, jak aplikovat inzulín, proč dodržovat dietu a jaké potraviny a tekutiny jsou vhodné, či nevhodné při DM.

Hydratace

Před hospitalizací: Pacientka vypije během dne 2 - 2,5 litrů tekutin. Nejraději má vodu, ovocné šťávy a čaje, černou kávu pije s mlékem 1x denně odpoledne, alkohol příležitostně. Nemá ráda teplé mléko a kakao. Pacientka je schopná se sama napít a má k dispozici dostatek tekutin.

V průběhu hospitalizace: V den operace a první den po operaci nepila nebo jen velmi málo, protože jí bylo na zvracení. Byla nasazena infúzní terapie a podány léky proti zvracení. Další dny po operaci nauzea ani zvracení nebyly. Pouze pátý den 1x zvracela po večeři – jídlo jí chutnalo, ale byla ve stresu z komplikujícího se pooperačního průběhu. Občas zvrací ze stresu i doma. Podány léky na uklidnění, proti zvracení, infúzní terapie již nenasazena. V dalších dnech byla pacientka bez nauzey a nezvracela. Během celé hospitalizace je hydratace dostatečná, sliznice bez známek dehydratace, kožní turgor dobrý.

Stav kůže

Před hospitalizací: Kůže celistvá, nesvědí, bez hematomů, vyrážky, opruzenin a ran. Jizvy v oblasti břicha po appendektomii a laparoskopii zhojené per primam. Na PDK jizvy po opakovaných operacích zhojené per primam. Pacientka má kůži spíše suchou. Každý den po koupání promazává tělovým krémem Nivea celé tělo. Obličej ošetřuje denním a nočním krémem Nivea.

V průběhu hospitalizace: Kůže nesvědí, bez vyrážky, opruzenin, na obou HK v místech zavedení periferních venózních katétrů a okolo laparotomie drobné hematomy, který se během hospitalizace resorbovaly. Kůže je suchá a pacientka si o ni pečuje dle zvyklostí. Pomoc sestry při péči o kůži nechtěla. V oblasti břicha laparotomie hojící se per sekundam. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, viz. příloha č. 2 .

Bolest

Před hospitalizací: Před příchodem k hospitalizaci pacientka pociťovala pouze mírný tlak v podbřišku, bolesti se objevovaly při menses a občas při změně počasí bolela PDK. Při bolestech si většinou vzala Ibalgin 400 mg tbl. + pokud to okolnosti dovolily KNL.

V průběhu hospitalizace: Po operačním zákroku pacientka pociťuje bolest v oblasti laparotomie, což se projevuje změnou mimiky v obličeji, zaujetím úlevové polohy, omezením hybnosti, držením a třením místa bolesti. Ke zhodnocení intenzity, charakteru, lokalizace a času bolesti použít: „ Záznam k hodnocení bolesti „, viz. příloha č. 3. Ke zmírnění bolesti byla pravidelně aplikována analgetika.

Vyprazdňování moči

Před hospitalizací: Pacientka se doma vyprazdňuje bez obtíží, neudává žádné potíže s močením. K vyprazdňování dochází převážně přes den, v noci ji nucení na močení nebudí.

V průběhu hospitalizace: Pacientka je obeznámena s tím, že po operaci bude mít zaveden permanentní katétr na 24 hod. Močový permanentní katétr zaveden 11. 11. – odváděl dostatečné množství čiré moči. 12. 11. v odpoledních hodinách zrušen a pacientka močí spontánně. Druhý den po operaci si pacientka stěžuje na časté nucení na močení a pálení. Poučena o pitném režimu, podán urologický čaj, antibiotika, moč odebrána na mikrobiologické vyšetření. V dalších dnech došlo k ústupu obtíží a močení bylo až do konce hospitalizace bez problémů.

Vyprazdňování stolice

Před hospitalizací: Paní J. S. se doma vyprazdňuje pravidelně 1x za den, většinou ráno, stolice je normální konzistence, bez příměsí, inkontinence není a větry odchází. Pokud pacientka změnění prostředí trpí zácpou. Projímadla si v domácím prostředí nikdy nebere. Jen občas, pokud změnění prostředí na delší dobu, např. dovolená, a pokud ji nepomůžou mléčné výrobky a sušené švestky, projímadlo použije.

V průběhu hospitalizace: V průběhu hospitalizace bylo pacientce podáno 2 x klyzma, večer před operací a v den operace ráno, jako součást předoperační přípravy. Po operaci pacientka trpěla zácpou. Byly jí podány mléčné výrobky a návštěva přinesla sušené švestky. Bylo zajištěno i soukromí na toaletě. Stolicí ani po těchto opatřeních nebyla. Proto byl podán glycerinový čípek a projímavý čaj. Po těchto

opatření stolice byla, pátý den po operaci. Pacientka během těchto 5. dní neudávala pocit plnosti, ani problémy s větry. V dalších dnech bylo vyprazdňování za pomoci glycerinových čípků pravidelné. Stolica byla tužší.

Lokomotorické a smyslové funkce

Před hospitalizací: Při příjmu hybnost všech končetin v plném rozsahu, chůze bez problémů, bolesti při pohybu nejsou, kompenzační pomůcky nepoužívá, i přesto, že pacientka prodělala opakované chirurgické zákroky na PDK po komplikované fraktuře stehenní kosti a po poranění kolene. Bolest PDK se objevují pouze někdy při změně počasí. Nejedná se o silnou bolest, která by pacientku omezovala v pohybu. Pacientka slyší dobře, kompenzační pomůcky nepoužívá, zrak zhoršený – dalekozrakost, na pravém oku 2 a na levém oku 2,5 dioptrie. Brýle nosí trvale.

V průběhu hospitalizace: Při příjmu k hospitalizaci je obeznámena s pohybovým režimem a pravidelným prováděním léčebné tělesné výchovy po operačním zákroku. V den operace je pacientka upoutána na lůžko, ale již po probuzení z narkózy byla zahájena léčebná tělesná výchova. První den po operaci provedena vertikalizace pacientky a opět následovala léčebná tělesná výchova. V dalších dnech pacientka bez pohybových omezení, pouze musí přihlídnout ke svému aktuálnímu stavu. Neočekává žádné problémy s chůzí po propuštění do domácího ošetření, ale je seznámena s pohybovými omezeními, která budou v období rekonvalescence. Během hospitalizace se hybnost pacientky nezměnila a nedošlo ke zhoršení smyslových funkcí.

Spánek a odpočinek

Před hospitalizací: Pacientka spí 6 – 8 hodin, v noci se nebudí a ráno nemá pocit únavy. Před spaním si ráda čte, což ji pomáhá lépe usnout. I přes den si jde někdy zdřímnout na 20 – 30 minut.

Při hospitalizaci: Pacientka nemá obavu, že by nemohla v nemocnici spát z důvodu změny prostředí, ale má strach, že nebude moci spát z důvodů bolesti po operaci. Byla poučena o pravidelném podání analgetik. V prvních třech dnech po operaci se pacientka cítila unavená, pospávala i během dne, v dalších dnech již neměla potřebu během dne spát. V noci po celou dobu hospitalizace spala dobře, nic jí nerušilo, nebudila se. Po spánku se cítila odpočatá.

Teplo a pohodlí

Pacientce vyhovovalo nemocniční lůžko svou délkou, šířkou i výškou. Patientka dbala na upravenost a čistotu lůžka. Pravidelně 1x denně požadovala výměnu všech lůžkovin a i během dne vzhledem k subfebriliím a zvýšenému pocení si některé části povlečení měnila sama. Během dne má klientka raději větší teplo a na spaní zase chladněji. Bez problémů se domluvila ohledně otázek větrání s ostatními pacientkami na pokoji.

Sexualita

Pacientka je bezdětná, v letech 2003 – 2006 4 x neúspěšné pokusy o IVF + ET. S manželem žije 10 let, v oblasti sexu si vyhovují. Nemá obavu, že by operace změnila její sexuální život. Je si vědoma, že po propuštění domů bude muset dodržovat po dobu 6. týdnů sexuální abstinenci. Uvědomuje si také, že již nikdy nebude menstruat a nikdy nebude moci mít své vlastní dítě. To u ní vyvolává negativní emoce. S manželem mají zažádáno o adopci dítěte. Má obavu, že nebude schopna si vytvořit tak pevný vztah k adoptovanému dítěti, jako k vlastnímu. Jinak ale po dítěti moc touží a těší se na něj.

1. 3. 2 psychosociální potřeby

Jistota a bezpečí

Pacientka se v nemocnici cítí dobře, bez obtíží se adaptovala, je bez projevů maladaptivního chování, důvěřuje zdravotnickému personálu a má i dostatek informací o svém zdravotním stavu a způsobu léčby. Manžel, sestra, rodiče a přátelé chodí na pravidelné návštěvy a jsou klientce velkou oporou.

Osobní péče a soběstačnost

Před hospitalizací: Patientka byla před operací zcela soběstačná ve všech oblastech sebez péče. V Bártlově testu základních všedních činností získala pacientka plný počet bodů tedy 100 – nezávislá na pomoci druhých lidí / viz. příloha č. 1/. Patientka se raději sprchuje než koupe, doba závisí na pracovních směnách, ve dnech pracovního volna večer.

Při hospitalizaci: V den operace byla upoutána na lůžko a do jisté míry závislá na pomoci ošetrovatelského personálu. Toto klientka vnímala velmi negativně, cítila se trapně a snažila se o maximální spolupráci. První den po operaci v odpoledních hodinách pacientka vstávala z lůžka. Za asistence zdravotnického personálu si zašla na WC a do sprchy. Velmi dobře spolupracovala a snažila se o maximální

soběstačnost. V dalších dnech si pacientka prováděla za dohledu sestry vše sama. Přesto, že některé úkony ji činily obtíže, odmítala pomoc zdravotnického personálu. Při příchodu na oddělení pacientka budí upravený dojem. I v průběhu hospitalizace pečovala o svůj vzhled – pravidelně si umývala vlasy a upravovala si je kulmofénem, lakovala si nehty a lehce se líčila.

Komunikace

S pacientkou jsem kontakt navázala velmi rychle. Je hovorná, ráda si povídá nejen se mnou, ale i s ostatním zdravotnickým personálem a s pacientkami na pokoji. Ochotně odpovídala na mé otázky. Nakonec mi sdělila, že je ráda, že se stala pacientkou pro mou bakalářskou práci, protože rozhovory a kladení mých otázek jí pomáhají ve zvládnutí pro ni velmi stresující situace / nemožnost mít již vlastní děti, komplikovaný pooperační průběh /.

Rodina a sociální zázemí

Pacientka žije s manželem, zatím bez dětí, v rodinném domě. Vztahy a manželem, rodiči a sourozenci jak svými, tak manžellovými klientka hodnotí jako velmi dobré a vřelé. S manželem mají mnoho společných zájmů. Pacientka ví, že po návratu z nemocnice jí bude manžel pomáhat s chodem domácnosti. Sociální pracovník nemusí být kontaktován.

Informace

Paní J. S. má dostatek informací o svém zdravotním stavu, dalším způsobu léčby a o dalších opatřeních, která bude muset doma dodržovat.

1. 3. 3. Duchovní potřeby

Víra, životní hodnoty

Pacientka není věřící. V žebříčku životních hodnot jsou pro pacientku nejdůležitější zdraví a rodina. Na dalších místech jsou práce a peníze.

2. Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy před operací

Zavedené 10. 11. 2008

- Strach z operačního výkonu a možných komplikací, projevující se častým dotazováním, smutnou náladou

- Riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu, snížené pohybové aktivity a varixů DK
- Riziko pádu z důvodu podané medikace

Ošetrovatelské diagnózy po operaci

Zavedené 11. 11. 2008

- Bolest v důsledku operačního zákroku, projevující se změnou mimiky, zaujetím úlevové polohy, vzestupem TK, tachykardií
- Nevolnost a zvracení z důvodu anestezie
- Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru, periferního venózního vstupu a operační rány
- Riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu, snížené pohybové aktivity a varixů DK
- Riziko pádu z důvodu aplikované medikace

Zavedené 12. 11. 2008

- Riziko vzniku zácpy z důvodu změny prostředí, stravovacích návyků a nedostatečné pohybové aktivity

Zavedení 13. 11. 2008

- Zvýšení tělesné teploty z důvodu infekce močových cest a laparotomie
- Infekce operační rány projevující se sekrecí, zvýšením tělesné teploty, zarudnutím a dehiscencí / rozpad operační rány/

Zavedené 16. 11. 2008

- Smutek a obavy z důvodu pooperačních komplikací a nemožnosti mít vlastní děti

3. plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Strach z operačního výkonu a možných komplikací, projevující se častým dotazováním, smutnou náladou

Ošetrovatelské cíle:

- pacientka má dostatek informací
- pacientka nemá strach

Plán ošetrovateľskej péče:

- promluvit s pacientkou o jejím strachu
- individuální přístup
- zajistit dostatečné množství informací o průběhu a délce operačního výkonu a také o průběhu pooperační péče

Realizace ošetrovateľského plánu:

Lékařka informovala pacientku o způsobu operačního zákroku, možných komplikacích a pooperačním průběhu. Já jsem pacientce nabídla, že se může kdykoliv přijít zeptat na věci, kterým nerozumí. S pacientkou jsem opakovaně hovořila o předoperační přípravě a pooperační péči. Snažila jsem se o přístup plný zájmu o její osobu a zároveň jsem jí umožnila vyjádřit pocity strachu a obavy.

Hodnocení:

Pacientka má dostatek informací a projevy strachu jsou minimální.

Ošetrovateľská diagnóza č. 2**Riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu,
snížení pohybové aktivity a varixů DK****Ošetrovateľské cíle:**

- pacientka je informována o nutnosti prevence tromboembolické nemoci
- pacientka není ohrožena vznikem tromboembolické nemoci

Plán ošetrovateľské péče:

- provést bandáže DK
- zajistit elevace DK
- podat klientce informace o nutnosti cvičení DK na lůžku po operačním zákroku
- provádět s pacientkou cviky léčebné tělesné výchovy, mající zlepšit cévní prokrvení DK
- zajistit včasnou mobilizaci pacientky po operaci
- pravidelně kontrolovat DK pacientky
- plnit ordinace dle lékaře
- při vzniku komplikací informovat lékaře

Realizace ošetrovateľského plánu:

Pacientce jsem pravidelně aplikovala léky dle ordinace lékaře. Provedla jsem bandáže DK, pravidelně kontrolovala jejich funkčnost. Dále jsem zajistila elevaci

DK pacientky a prováděla jsem pravidelné kontroly jejich DK. V den operace po probuzení z narkózy jsem pacientku informovala o nutnosti rehabilitace na lůžku. Prováděla jsem s ní cviky léčebné tělesné výchovy. První den po operaci jsem v odpoledních hodinách pacientku mobilizovala aby se zamezilo vzniku tromboembolického onemocnění.

Hodnocení:

Pacientka je dostatečně informována, byla provedena její včasná mobilizace po operaci, pravidelně byla prováděna léčebná tělesná výchova. Je bez příznaků tromboembolického onemocnění.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

Riziko vzniku pádu a poranění v důsledku aplikované medikace

Ošetřovatelské cíle:

- zamezit pádu a poranění

Plán ošetřovatelské péče:

- pacientka má dostatek informací o hlavních a vedlejších účincích léků a jak se chovat aby se předešlo pádu a poranění
- dát k ruce signalizační zařízení
- pravidelně kontrolovat účinky medikace a stav pacientky
- zhodnotit riziko pádu, viz. příloha č. 4

Realizace ošetřovatelského plánu:

Pacientce jsem vysvětlila jaké léky dostane, jaké jsou jejich hlavní, vedlejší účinky a jak se má chovat, aby nedošlo k pádu či poranění. Provedla jsem test ke zjištění rizika pádu - 5 bodů. K ruce pacientky jsem dala signalizační zařízení a ukázala jsem jí, jak s ním zacházet. Pravidelně jsem kontrolovala účinky léků a stav pacientky.

Hodnocení:

Pacientka během hospitalizace neupadla, ani nedošlo k poranění.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4

Bolest v důsledku operačního zákroku, projevující se změnou mimiky, zaujetím úlevové polohy, vzestupem TK, tachykardií

Ošetřovatelské cíle:

- bolest je zmírněna nebo odstraněna
- pacientka chápe příčinu vzniku bolesti

Plán ošetrovateľskej péče:

- zhodnotiť intenzitu, charakter a lokalizáciu bolesti, viz. príloha č. 3
- poskytnúť informácie o možnosti zaujať uľavovú polohu
- podľa ordinácie lekára poskytnúť lieky tlmiace bolesť
- individuálny a ohľaduplný prístup
- poučiť pacientku o príčinách vzniku bolesti
- vykonať záznam do dokumentácie o podaní analgetík
- sledovať účinok podaných liekov

Realizácia ošetrovateľského plánu:

V období pred operáciou sme s pacientkou hovorili o príčinách vzniku bolesti, jejím pozitívnom i negatívnom významu, prahu bolesti, subjektívnom vnímaní bolesti a o možnostiach ovplyvnenia intenzity bolesti i inými metódami než farmakoterapiou. Po operácii som sa pacientky pravidelne pýtala na intenzitu bolesti a tiež som jej hodnotila pomocou rôznych hodnotiacich techník. Súčasťou péče bola tiež pravidelná aplikácia analgetík podľa ordinácie lekára, sledovanie účinku analgetík a vykonávanie záznamu o ich aplikácii do jej dokumentácie.

Hodnotenie:

Pacientka udáva bolesť miernej intenzity, ktorá ju obmedzuje len minimálne.

Ošetrovateľská diagnóza č. 5**Nevola a zvracanie z dôvodu podávaných tekutín po narkóze****Ošetrovateľské ciele:**

- pacientka nezvracia a netrpí nauzeou

Plán ošetrovateľskej péče:

- sledovať množstvo, četnosť, charakter a obsah zvrátok
- zabezpečiť pomôcky / emisnú misku + buničinu /, vhodnú polohu, vyplach dutiny ústnej
- poučiť pacientku o pitnom režime
- poskytnúť lieky tlmiace zvracanie a nauzeu podľa ordinácie lekára
- sledovať účinky liekov
- pravidelne kontrolovať pacientku – **pozor na možnú aspiráciu zvrátok**
- zabezpečiť dostatočný prísun tekutín parenterálnou cestou
- vykonať záznam do dokumentácie pacientky

Realizace ošetrovatelského plánu:

Po operaci jsem pacientce dala k ruce signalizační zařízení a pomůcky. Pravidelně jsem kontrolovala zda nezvrací, abych zamezila hrozící aspiraci zvratků. Pokud klientka, zvracela hodnotila jsem množství, vzhled a příměsi zvratků. V pravidelných intervalech jsem aplikovala léky bránící vzniku nauzey a zvracení. Poučila jsem ji o pitném režimu. Pro zamezení vzniku dehydratace se podávala infúzní terapie.

Hodnocení:

Pacientka nezvrací a je i bez nauzey, může přijímat tekutiny per os a není tedy nutná parenterální výživa. Její hydratace je dostatečná.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6**Riziko vzniku infekce z důvodu, zavedení permanentního močového katétru, periferního venózního vstupu a operační rány****Ošetrovatelské cíle:**

- pacientka je bez známek infekce
- hojení operační rány je per primam

Plán ošetrovatelské péče:

- při zavádění močového katétru, periferního venózního katétru je třeba postupovat dle platného standardu a dodržovat zásady sterility
- provádět u periferního venózního vstupu pravidelné kontroly, hodnotit dle stupnice Maddona a převaz 1x za 24 hodin
- provádět pravidelné kontroly, lokální ošetření a sterilní krytí operační rány
- informovat pacientku o nutnosti dodržování řádné hygieny
- odstranit invazivních vstupů při jejich neužívání či při objevení se známek infekce
- v případě komplikací informovat lékaře
- provádět pravidelné záznamy o kontrole invazivních vstupů a operační rány do dokumentace pacientky

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pravidelně 1x / 24 hod. jsem prováděla převaz periferního venózního katétru a hodnotila místo vpichu dle Maddona viz. příloha č. 5. Při nepoužívání, či při počínajících známkách infekce, jako je bolestivost a zarudnutí, jsem periferní venózní katétr zrušila, případně byl zaveden nový na druhou horní končetinu. Místo

vpichu bylo ošetřeno studeným obkladem eventuálně Heparoidovou masťou. Vždy druhý den po tomto ošetření již nebyly přítomné známky infekce. Také jsem prováděla sterilní převaz operační rány 1x za 24 hodin eventuálně dle potřeby. Hodnotila jsem zda je laparotomie bez známek sekrece a zarudnutí. Pacientku jsem informovala o nutnosti dodržování dostatečné hygieny a péče o operační ránu. Prováděla jsem dle ordinace lékaře odběry biologického materiálu k laboratorním vyšetřením, aplikovala léky, prováděla lokální ošetření a převazy laparotomie dle ordinace lékaře. Po odstranění močového katétru jsem pravidelně sledovala močení pacientky a také jsem jí informovala o nutnosti kontroly močení.

Hodnocení:

Pacientka je bez známek infekce močových cest, operační rány i míst vpichů periferních venózních katétrů.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Riziko vzniku zácpy z důvodu změny prostředí, stravovacích návyků a nedostatečné pohybové aktivity

Ošetrovatelské cíle:

- pacientka se vyprazdňuje dle svých zvyklostí
- pacientka má obnovenou střevní peristaltiku

Plán ošetrovatelské péče:

- zajistit soukromí pacientky při vyprazdňování
- dostatečný přísun tekutin
- dietní opatření – strava bohatá na vlákninu, mírně projímavá jídla
- zvýšení tělesné aktivity pacientky dle jejího stavu a možností
- plnit ordinace dle lékaře
- sledovat účinek léků, odchod stolice a plynů, střevní peristaltiku
- provést záznamy do dokumentace pacientky

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacientka byla poučena o významu konzumace stravy bohaté na vlákninu, stravy mírně projímavé, zvýšeného přísunu tekutin a tělesné aktivity na vyprazdňování stolice. Všem rozuměla a mé instrukce dodržovala. Zajištěno i soukromí na toaletě. Pravidelně jsem sledovala střevní peristaltiku, odchod plynů a stolice. Plnila jsem ordinace lékaře a vedla dokumentaci pacientky.

Hodnocení:

Pacientka se pravidelně vyprazdňuje, střevní peristaltika +, větry odcházejí. Stolice je normální konzistence, barvy a bez příměsí.

Ošetrovatelská diagnóza č. 8**Zvýšení tělesné teploty z důvod infekce močových cest a laparotomie****Ošetrovatelské cíle:**

- pacientka má tělesnou teplotu ve fyziologických mezích

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistit příčinu vysoké teploty
- provádět odběry biologického materiálu v laboratorním vyšetření
- pravidelná kontrola tělesné teploty
- podávat antipyretika dle ordinace lékaře
- informovat pacientku o nutnosti zachování klidu na lůžku a dostatečného příjmu tekutin při zvýšené teplotě
- provádět pravidelné záznamy do dokumentace nemocné
- podporovat ochlazování těla svléknutím části oděvu a snižováním teploty okolního prostředí
- sledovat močení, projevy močové infekce a infekce laparotomie, jako je sekrece a zarudnutí

Realizace ošetrovatelského plánu:

V pravidelných časových intervalech jsem měřila tělesnou teplotu pacientky, zaznamenávala ji do chorobopisu, prováděla fyzikální chlazení, podávala antipyretika a sledovala jejich účinek. Pacientku jsem poučila o nutnosti dostatečného přísunu tekutin a klidu na lůžku při subfebrilii či febrilii. Pravidelně jsem ji převlékala ložní prádlo a noční košili, abych zamezila vzniku nepříjemného pocitu při pocení. Odebírala jsem biologický materiál k laboratorním vyšetřením. Plnila jsem ordinace lékaře a sledovala účinky podávaných léků. Sledovala jsem diurézu a pravidelným dotazováním na přítomnost či nepřítomnost příznaků močové infekce jsem kontrolovala její močení. Dále jsem pravidelně kontrolovala sekreci a zarudnutí laparotomie, prováděla lokální ošetření, sterilní převazy a sledovala účinnost léčby. Prováděla jsem záznamy do dokumentace pacientky

Hodnocení:

Pacientka je bez teploty a dalších známek infekce močových cest a laparotomie.

Ošetrovatelská diagnóza č. 9**Infekce operační rány projevující se sekrecí, zvýšením tělesné teploty, zarudnutím a dehiscencí / rozpad operační rány /****Ošetrovatelské cíle:**

- pacientka je bez projevů infekce laparotomie

Ošetrovatelský plán:

- kontrolovat projevy infekce / rozsah zarudnutí a dehiscence, charakter a množství sekrece, TT /
- provádět stěr z rány na kultivaci a citlivost
- provádět lokální ošetření laparotomie dle ordinace lékaře
- vyměňovat sterilní krytí operační rány
- informovat pacientku o nutnosti dodržování hygienických opatřeních
- podat pacientce dostatek informací o pravděpodobných důvodech infekce laparotomie, způsobu a předpokládané době léčby
- plnit ordinace dle lékaře
- provádět záznamy do dokumentace pacientky

Realizace ošetrovatelského plánu:

V pooperačním období jsem pravidelně prováděla převaz a kontrolu operační rány a sledovala TT. Při objevení se zarudnutí a sekrece z laparotomie či vzestupu tělesné teploty jsem informovala lékaře. Lékařem byl proveden odběr sekretu z operační rány k mikrobiologickému vyšetření a provedeno lokální ošetření + sterilní krytí operační rány. Pacientka byla poučena o důvodech vzniku infekce, způsobu léčby, pravděpodobné době léčby při hospitalizaci, jak pečovat o operační ránu a o hygienických opatřeních, která je nutno dodržovat. Podávala jsem dle ordinace lékaře v pravidelných časových intervalech antibiotika. Sledovala jsem TT event. podávala antipyretika. Vedla jsem záznam o vývoji stavu operační rány.

Hodnocení: Operační rána je bez sekrece, zarudnutí, dehiscence laparotomie postupně granuluje. Tělesná teplota je ve fyziologickém rozmezí.

Ošetrovatelská diagnóza č. 10

Smutek a obavy z důvodu pooperačních komplikací a nemožnosti mít vlastní děti

Ošetrovatelské cíle:

- pacientka je bez projevů úzkostí a smutku
- pacientka má dostatek informací

Ošetrovatelský plán:

- individuální a taktní přístup k pacientce
- vést rozhovor na dané téma a odpovědět na všechny otázky pacientky
- umožnit pacientce vyjádřit všechny negativní emoce
- podat léky dle ordinace lékaře

Realizace ošetrovatelského plánu:

Lékař vedl s pacientkou rozhovor vztahující se k pooperačním komplikacím, které se objevily. Vše pacientce řádně vysvětlil, nastínil postup další léčby a pravděpodobnou délku hospitalizace. Já jsem s pacientkou následně vedla rozhovor vztahující se k nemožnosti mít děti. Pacientku tato skutečnost velmi trápí a projevila se negativními emocemi, jako je zloba sama na sebe, pocity viny, plačtivost, smutek apod. Spíše než o rozhovor se jednalo o monolog pacientky, při kterém mi vyprávěla o strastech, které jí život přichystal. Podávala jsem léky dle ordinace lékaře. Pacientce jsem nabídla, že si může kdykoliv přijít popovídat.

Hodnocení:

Pacientka plně rozumí tomu, proč se komplikace v pooperačním průběhu objevily. Došlo k uvolnění negativních emocí, které prožívala a je bez projevů smutku a úzkosti.

4. Závěr a prognóza

Pacientka J. S. byla hospitalizována na oddělení operační gynekologie celkem 18 dní. Podstoupila plánovaný operační zákrok - abdominální hysterektomii. O pacientku jsem pečovala prvních deset dní. S paní J. S. jsem navázala kontakt velmi rychle a po celou dobu mi vstřícně a ochotně odpovídala na mé otázky. Během hospitalizace pacientka ke mně získala důvěru a svěřila se mi i se svými osobními problémy a emocemi, které prožívá. Na počátku měla pacientka obavy z operačního zákroku a možných komplikací, které byly částečně eliminovány rozhovorem a individuálním přístupem. V průběhu prvních pěti dní po operačním zákroku došlo

postupně k rozvoji komplikací v podobě infekce močových cest a infekce laparotomie, která vedla k rozpadu operační rány. Dehiscence laparotomie byla hlavním důvodem prodloužení doby hospitalizace mé pacientky. V prvních dnech po operaci byla pacientka veselá, spolupracovala, měla optimistický pohled na svět. Postupně, jak se objevovaly komplikace, zhoršoval se i její psychický stav. Byla plačtivá, smutná, úzkostná, měla pocit, že se jí v životě nic nedaří. Taktním, citlivým individuálním přístupem a poskytnutím dostatečného množství informací došlo k postupnému zlepšení jejího psychického stavu. Nemalý díl na zlepšení psychiky měly i pravidelné návštěvy manžela, sestry a rodičů, kteří byly pacientce velkou oporou. Po zvládnutí této psychické krize byl pohled pacientky opět optimistický po celý zbytek hospitalizace. Močová infekce a infekce laparotomie byly zvládnuty antibiotickou léčbou a dehiscence byla řešena opakovaným lokálním ošetřením, které vedlo k postupné granulaci rány a jejímu uzavření. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetření 16. den po operaci s zespoda granulující dehiscencí o velikosti 3 x 3 cm, do hloubky 5 cm. Byla poučena jak pečovat o ránu, jaké léky a kdy aplikovat. Také docházela každý druhý den na pravidelné kontroly a odborná lokální ošetření na gynekologickou ambulanci. Zhruba po měsíci jsem se setkala s klientkou na gynekologické ambulanci. Její dehiscence byla téměř zhojena a pacientka byla předána do péče ambulantního gynekologa. Doba pracovní neschopnosti paní J. S. po propuštění byla odhadována zhruba na 8 – 10 týdnů v závislosti na rychlosti hojení laparotomie. Během této doby musí dojít k úplnému zacelení rány. Také by mělo dojít k postupnému návratu pacientky k běžnému dennímu režimu, na který byla zvyklá v období před operačním zákrokem.

C. POUŽITÁ LITERATURA

1. CITTERBART, K. et al. : *Gynekologie*. 1. vydání, Praha Galen, 2001, ISBN 80-7262-094-0
2. ČERVINKOVÁ, E. a kol. : *Ošetrovatelské diagnózy*. 3. vydání, Brno IDVPZ, 2002, ISBN 80 – 7013 – 358 - 9
3. DOENGES, M. , MOORHOUS, M. : *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání, Praha Grada, 2001, ISBN není uvedeno
4. HROMÁDKOVÁ, J. a kol. : *Fyzioterapie*. 1. vydání, Jinočany H a H, 2002,
5. KŘEPELKA, P. : *Děložní leiomyom - epidemiologie a léčba*. *Gynekolog – časopis ženských lékařů*, ročník 8, 1999, č. 6, s. 256 – 259, ISSN 1210 - 1133
6. KOLEKTIV AUTORŮ: *Základy ošetrování nemocných*. 1. vydání, Praha Karolinum, 2005, ISBN 80 – 246 – 0845 - 6
7. MACKŮ, F. : *Kompendium gynekologických operací*. 1. vydání, Praha Grada, 1995, ISBN 80-7169-154-2
8. NÁTEKOVÁ, J. : *Epidemiologie, diagnostika a léčba děložních myomů*. *Gynekolog-časopis ženských lékařů*, ročník 10, 2001, č. 3, s. 115 – 119, ISSN 1210 - 1133
9. STAŇKOVÁ, M. : *České ošetrovatelství č. 6 – Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*, 1. vydání, Brno IDVPZ, 2001, ISBN 80-7262-094
10. Informační gynekologický server – abdominální hysterektomie / ON-LINE /, aktualizace 2000 – 2003, / cit. 2008 – 12 – 22 /, Dostupný na [www: <http://gyn.cz/tree.php?up=199>](http://gyn.cz/tree.php?up=199). ISSN není uvedeno

D. PŘÍLOHY

- **Příloha č. 1 – Bártelův test základních všedních činností**
- **Příloha č. 2 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové**
- **Příloha č. 3 – Záznam hodnocení bolesti**
- **Příloha č. 4 – Hodnocení rizika pádu**
- **Příloha č. 5 – Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona**
- **Příloha č. 6 - Vstupní ošetřovatelský záznam**
- **Příloha č. 7 – Plán ošetřovatelské péče**

Příloha č. 1

Bártelův test základních všedních činností

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0–40 bodů vysoce závislý

45–60 bodů závislost středního stupně

65–95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Příloha č. 2

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Datum 10. 11. 2008

Body	Spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	<input type="checkbox"/> úplná	<input type="checkbox"/> do 10	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> chodí	<input type="checkbox"/> úplná	<input type="checkbox"/> není
3	<input type="checkbox"/> malá	<input type="checkbox"/> do 30	<input type="checkbox"/> alergie	<input type="checkbox"/> DM, anémie, teplota, kachexie	<input type="checkbox"/> zhoršený	<input type="checkbox"/> apatie	<input type="checkbox"/> doprovod nutný	<input type="checkbox"/> omezená	<input type="checkbox"/> občas
2	<input type="checkbox"/> částečná	<input type="checkbox"/> do 60	<input type="checkbox"/> vlhká	<input type="checkbox"/> obezita ucpávání tepen	<input type="checkbox"/> špatný	<input type="checkbox"/> zmatenost	<input type="checkbox"/> sedačka	<input type="checkbox"/> velmi omezená	<input type="checkbox"/> převážně moč
1	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> nad 60	<input type="checkbox"/> suchá	<input type="checkbox"/> karcinom	<input type="checkbox"/> velmi špatný	<input type="checkbox"/> bezvědomí	<input type="checkbox"/> leží	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> moč i stolice

Hodnocení rizika: velmi vysoké 9-13 vysoké 14-18 střední 19-23 nízké 24-25 **SOUČET:**..... bodů

Datum 11. 11. 2008

Body	Spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	<input type="checkbox"/> úplná	<input type="checkbox"/> do 10	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> chodí	<input type="checkbox"/> úplná	<input type="checkbox"/> není
3	<input type="checkbox"/> malá	<input type="checkbox"/> do 30	<input type="checkbox"/> alergie	<input type="checkbox"/> DM, anémie, teplota, kachexie	<input type="checkbox"/> zhoršený	<input type="checkbox"/> apatie	<input type="checkbox"/> doprovod nutný	<input type="checkbox"/> omezená	<input type="checkbox"/> občas
2	<input type="checkbox"/> částečná	<input type="checkbox"/> do 60	<input type="checkbox"/> vlhká	<input type="checkbox"/> obezita ucpávání tepen	<input type="checkbox"/> špatný	<input type="checkbox"/> zmatenost	<input type="checkbox"/> sedačka	<input type="checkbox"/> velmi omezená	<input type="checkbox"/> převážně moč
1	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> nad 60	<input type="checkbox"/> suchá	<input type="checkbox"/> karcinom	<input type="checkbox"/> velmi špatný	<input type="checkbox"/> bezvědomí	<input type="checkbox"/> leží	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> moč i stolice

Hodnocení rizika: velmi vysoké 9-13 vysoké 14-18 střední 19-23 nízké 24-25 **SOUČET:**..... bodů

Datum 12. 11. – 20. 11. 2008

Body	Spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	<input type="checkbox"/> úplná	<input type="checkbox"/> do 10	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> chodí	<input type="checkbox"/> úplná	<input type="checkbox"/> není
3	<input type="checkbox"/> malá	<input type="checkbox"/> do 30	<input type="checkbox"/> alergie	<input type="checkbox"/> DM, anémie, teplota, kachexie	<input type="checkbox"/> zhoršený	<input type="checkbox"/> apatie	<input type="checkbox"/> doprovod nutný	<input type="checkbox"/> omezená	<input type="checkbox"/> občas
2	<input type="checkbox"/> částečná	<input type="checkbox"/> do 60	<input type="checkbox"/> vlhká	<input type="checkbox"/> obezita ucpávání tepen	<input type="checkbox"/> špatný	<input type="checkbox"/> zmatenost	<input type="checkbox"/> sedačka	<input type="checkbox"/> velmi omezená	<input type="checkbox"/> převážně moč
1	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> nad 60	<input type="checkbox"/> suchá	<input type="checkbox"/> karcinom	<input type="checkbox"/> velmi špatný	<input type="checkbox"/> bezvědomí	<input type="checkbox"/> leží	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> moč i stolice

Hodnocení rizika: velmi vysoké 9-13 vysoké 14-18 střední 19-23 nízké 24-25 **SOUČET:**..... bodů

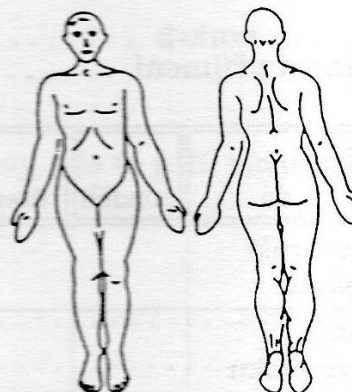
Příloha č. 3

Záznam hodnocení bolesti

Charakteristika bolesti

1	tupá	6	Tahavá
2	bodavá	7	neuralgická
3	křečovitá	8	neurčitá
4	vystřelující	9	
5	svíravá	10	

Lokalizace bolesti



Monitorování bolesti během 24 hod.

od 12 hod. dne do 12 hod. dne

	bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5	nesnesitelná													
4	krutá													
3	silná													
2	nepříjemná													
1	mírná													
0	žádná													

Léčba bolesti v den monitorování:

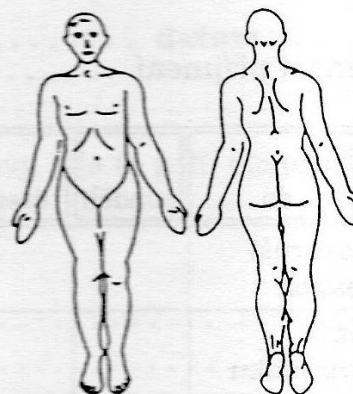
Změna léčby bolesti na základě výsledku monitorování:

Záznam hodnocení bolesti

Charakteristika bolesti

1	tupá	6	Tahavá
2	bodavá	7	neuralgická
3	křečovitá	8	neurčitá
4	vystřelující	9	
5	svíravá	10	

Lokalizace bolesti



Monitorování bolesti během 24 hod.

od 12 hod. dne do 12 hod. dne

	bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5	nesnesitelná													
4	krutá													
3	silná													
2	nepříjemná													
1	mírná													
0	žádná													

Léčba bolesti v den monitorování:

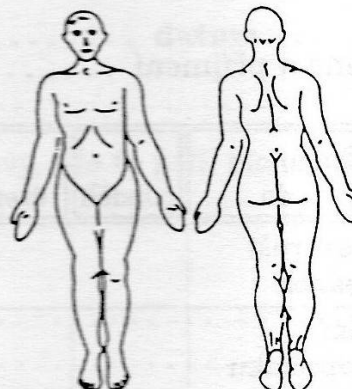
Změna léčby bolesti na základě výsledku monitorování:

Záznam hodnocení bolesti

Charakteristika bolesti

1	tupá	6	Tahavá
2	bodavá	7	neuralgická
3	křečovitá	8	neurčitá
4	vystřelující	9	
5	svíravá	10	

Lokalizace bolesti



Monitorování bolesti během 24 hod.

od 12 hod. dne do 12 hod. dne

	bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5	nesnesitelná													
4	krutá													
3	silná													
2	nepříjemná													
1	mírná													
0	žádná													

Léčba bolesti v den monitorování:

Změna léčby bolesti na základě výsledku monitorování:

Příloha č. 4

Hodnocení rizika pádu dle Conleyové, upraveno Juráskovou 2006

ANAMNÉZA

VYŠETŘENÍ

- | | |
|---|---|
| 3 - DDD /demence, deprese, dezorientace/ | 0 – úplná soběstačnost |
| 2 – věk 65 let a více | 1 – částečná soběstačnost |
| 1 – pád v anamnéze | 2 – nesoběstačnost |
| 1 – pobyt prvních 24. hod. po přijetí nebo
překlad na lůžkové oddělení | 0 – spolupracující
1 – částečně spolupracující |
| 1 – sluchový / zrakový problém | 2 - nespolupracující |
| 1- užívání léků / diuretika, sedativa, hypnotika, narkotika,
psychotropní látky, antidepresiva, laxantiva, antihypertenziva/ | |

PŘÍMÝ DOTAZ NA PACIENTA / INFORMACE OD PŘÍBUZNÝCH NEBO OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU

- 3 – Míváte někdy závratě ?
- 2 – Budíte se v noci a nemůžete usnout ?
- 1 – Máte v noci nucení na močení ?

Hodnocení:

- 0 – 4 body - bez rizika 5 – 13 bodů – střední riziko
4 – 19 bodů – vysoké riziko

Při počtu bodů nad 5 postupujte dle platného standardu.

Výsledek:

Hodnocení provedeno v den příjmu na oddělení / 10. 11. 2008 /

Celkem 6 bodů – střední riziko vzniku pádu

Příloha č. 5

Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

STUPĚŇ	REAKCE
0 – není bolest ani reakce v okolí	
1 – pouze bolest, není reakce v okolí	
2 – bolest a zarudnutí	
3 – bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly	
4 – hnis, otok, zarudnutí, bolestivý pruh v průběhu žíly	
HODNOCENÍ :	
Od bodu 1 – 2 vyjmout i. v. katétr	

- 11. 11. – zaveden permanentní venózní katétr PHK – Maddon 0
- 12. 11. – Maddon 0
- 13. 11. – permanentní venózní katétr na PHK ex. – Maddon 1
- 17. 11. – zaveden permanentní venózní katétr LHK – Maddon 0
- 18. 11. – Maddon 0
- 19. 11. – Maddon 0
- 20. 11. – permanentní venózní katétr LHK ex. – Maddon 1, nový PHK

Příloha č. 6

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

1.1 VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: J. S.

Oslovení: Paní S.

Rodné číslo: 1973

Věk: 35 let

Stav: vdaná

Adresa: Česká Lípa

Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel Jaroslav bytem dtto

Pojišťovna: 111

Povolání: dělnice

Vzdělání: středoškolské

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Datum přijetí: 10. 11. 2008

Hlavní důvod přijetí: Plánovaný operační zákrok – abdominální hysterektomie

Lékařská diagnóza:

1. Uterus myomatosus, dysmenorrhoea, metrorrhagie
2. Sterilitas primaria, opakované neúspěšné pokusy IVF + ET
3. DM 2. typu na inzulinu
4. Arteriální hypertenze
5. Varixy DK
6. Obesitas

Jak je nemocný informován o své diagnóze? Má dostatek informací

Osobní anamnéza: Prodělal běžná dětská onemocnění, 1995 – APPE, 1997 - autonehoda – 6x operace PDK pro komplikovanou frakturu femuru + operace kolene, 2000 – gynekologická laparoskopie + operace karpálních tunelů, TRF ano, Alergie – neudává

Rodinná anamnéza: Otec žije, léčí se s ICHS + arteriální hypertenzí

Matka žije, léčí se s DM 2. typu + arteriální hypertenzí + osteoporózou

Teta zemřela na carcinom prsu

Vyšetření: TK 155 / 90, P 108', TT 36,5 °C, D 20', Váha 108 kg, Výška 175 cm

Hlava + krk + HK + hrudník bpn. , na DK varixy jinak bpn. , břicho – jizvy po

APPE a LPSK zhojené per primam, jinak bpn.

Terapie: Tritace 5 mg tbl. 1 – 0 – 1 , Detralex tbl. 2 – 0 – 2 ,

Actrapid s. c. 12 – 12 – 12 j , Insulatard s. c. 0 – 0 – 0 – 12 j

Nemocný má u sebe tyto léky:

Tritace 5 mg tbl. 1 – 0 – 1 , Detralex tbl. 2 – 0 – 2 , Actrapid s. c. 12 – 12 – 12 j ,

Insulatard s. c. 0 – 0 – 0 – 12 j

Je poučen,

že je nemá brát

ano

ne

jak je má brát

ano

ne

Obecná rizika:

(Zhodnoťte, využijte hodnotící škály)

<i>nikotismus</i>	ne	ano	pokud ano, kolik denně: nyní 1- 5 / den, dříve 15 –20 / den
<i>alkoholismus</i>	ne	ano	
<i>drogy</i>	ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
<i>alergie</i>	jídlo	ne	ano
	léky	ne	ano
	jiné	ne	ano

dekubity NE

pneumonie NE

Důležité informace o stavu nemocného: Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou, situací, při vědomí, spolupracuje, hybnost všech končetin bez omezení.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. *Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?* k plánovanému operačnímu zákroku
2. *Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?* Přesně nevím, ale myslím si, že na vzniku myomů se podílely hormonální substituce, které jsem podstoupila před IVF + ET.
3. *Změnila tato nemoc nějak váš způsob života?* ANO
Pokud ano, jak? Při operaci přijdu o dělohu a nebudu moci mít vlastní děti.
4. *Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?* Pomohou mi od obtíží - silného nepravidelného menstruačního krvácení a bolestivé menstruace.
5. *Jaké to pro vás je být v nemocnici?* Je to nepříjemná nutnost.
6. *Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici?* 7 – 10 dní
7. *Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu?* ANO, jsem mile překvapena kolik informací mi bylo poskytnuto o charakteru onemocnění, operačním zákroku, průběhu po operaci, ale i možných komplikacích.
8. *Máte dostatek informací o nemocničním režimu?* ANO
9. *Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?* NE

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy): Soběstačná ve všech oblastech sebez péče, v Bártlově testu získala 100 bodů – nezávislost v sebez péči

Komunikace:

- | | | | |
|-------------------|---------------------|--------------|----------------|
| • stav vědomí | při vědomí | somnolence | kóma |
| • kontakt navázán | rychle | s obtížemi | nenavázán |
| • komunikace | bez problémů | bariéry | nekomunikuje |
| • spolupráce | snaha spolupracovat | nedůvěřivost | nespolupracuje |

Hodnocení nemocného

1. Bolest a nepohodlí

- ✓ *Pocitujete bolest nebo něco nepříjemného?*
ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice?*
ano ne
pokud ano, upřesněte: bolest PDK při změně počasí a po velké fyzické zátěži bolesti v podbřišku při menstruaci
jak dlouho? od autonehody a opakovaných operačních zákrocích, bolestivá menstruace zhruba poslední tři roky
- ✓ *Na čem je vaše bolest závislá?* změna počasí, menstruace
- ✓ *Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)?* Vzala jsem si analgetika + KNL
- ✓ *Kde pocítujete bolest?* teď nikde
- ✓ *Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?* Podat analgetika, úlevová poloha, klid na lůžku.

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo), projevy bolesti:

Lůžko suché, upravené, vyhovuje svou výškou + šířkou + umístěním. Přes den má pacientka raději teplo, na noc chladněji,
charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): Při příjmu je pacientka bez bolestí.

2. Dýchání

- ✓ *Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?* ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?* ano ne
pokud ano, upřesněte:
jak jste je zvládal?
- ✓ *Máte nyní potíže s dýcháním?* ano ne
pokud ano, co by vám pomohlo?
- ✓ *Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? (pokud pacient odpověděl na předchozí otázku negativně, tuto otázku nepokládejte)*
nevím ano ne
pokud ano, zvládnete to?
- ✓ *Kouříte?* ano ne
pokud ano, kolik? 1 – 5 cigaret / den, dříve 15 – 20 / den

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.:

Dýchání pravidelné, přiměřené hloubky, bez projevů dušnosti a vedlejších dýchacích fenoménů, kašel + rýma + nachlazení není, dechová frekvence 20 / minutu.

3. Osobní péče

- | | | |
|---|-------|----|
| ✓ <i>Můžete si všechno udělat sám?</i> | ano | ne |
| ✓ <i>Potřebujete pomoc při mytí?</i> | ano | ne |
| ✓ <i>Potřebujete pomoc při čištění zubů?</i> | ano | ne |
| ✓ <i>Potřebujete pomoc při koupání či sprchování?</i> | ano | ne |
| ✓ <i>Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete?</i> | Večer | |

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.:

Pacientka zcela soběstačná, nezávislá v oblasti sebepečce, v Bártlově testu získala 100 bodů. Pacientka má čisté oblečení a upravený zevnějšek.

4. Kůže

- | | | | |
|--|---|---------|----------|
| ✓ <i>Pozorujete změny na kůži?</i> | ano | ne | |
| ✓ <i>Máte obvykle kůži?</i> | suchou | mastnou | normální |
| ✓ <i>Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?</i> | Kůži ošetřuje tělovým mlékem Nivea po koupání, na obličej si večer a ráno nanáší pleťové krémy Nivea. | | |
| ✓ <i>Svědí vás kůže?</i> | ano | ne | |

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd

Kůže celistvá, nesvědí, bez hematomů, vyrážky, opruzenin a ran. Jizvy po operacích zhojené per primam. Kůži má pacientka spíše suchou, ošetření viz. výše. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 28 bodů

5. Strava a dutina ústní

- | | | | |
|---|--|----------------|--------|
| a) <i>Jak vypadá váš chrup?</i> | dobrý | vadný | |
| • <i>Máte zubní protézu?</i> | dolní | horní | žádnou |
| • <i>Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?</i> | ano | ne | |
| • <i>pokud ano, upřesněte</i> | | | |
| • <i>Máte rozbolavělá ústa?</i> | ano | ne | |
| • <i>pokud ano, ruší vás to při jídle?</i> | | | |
| b) <i>Myslíte, že máte tělesnou váhu</i> | přiměřenou | vyšší (o 30kg) | nižší |
| (o kolik) | | | |
| c) <i>Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?</i> | ano | ne | |
| • <i>pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral:</i> | | | |
| d) <i>Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?</i> | ano | ne | |
| • <i>Co obvykle jíte?</i> | téměř všechno | | |
| • <i>Je něco co nejíte? Proč?</i> | Špenát a lečo, nechutnají mi a mají odporný vzhled | | |
| • <i>Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován?</i> | ano | ne | |
| • <i>pokud ano, upřesněte:</i> | diabetickou | | |
| • <i>Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?</i> | NE | | |
| • <i>pokud ano, upřesněte:</i> | | | |
| • <i>co by mohlo problém vyřešit?</i> | | | |

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? NE
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost:

Stav výživy dobrý, stravu přijímá per os, soběstačná při příjmu potravy, chrup vlastní sanován, 2 x za rok kontrola u zubaře, dieta diabetická – nedodrhuje, v jídle se nijak neomezuje, váha 108 kg, výška 175 cm, BMI 35,2 . Pacientka je obézní, za posledních asi 5 let přibrala 30 kg, opakované pokusy o snížení váhy neúspěšné.

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil snížil nezměnil
- ✓ Co rád pijete? vodu, ovocné čaje, ovocné šťávy
- ✓ Co nepijete rád? kakao, teplé mléko
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? 2 – 2,5 l.
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu:

Hydratace je dostatečná, má k dispozici dostatek tekutin, při příjmu tekutin je soběstačná.

7. Vyprazdňování stolice

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---------------|-------|
| ✓ | <i>Jak často chodíte obvykle na stolicí?</i> | 1 x denně | | |
| ✓ | <i>Máte obvykle</i> | normální stolice | | |
| | | zácpu | | |
| | | průjem | | |
| ✓ | <i>Kdy se obvykle vyprazdňujete?</i> | ráno | | |
| ✓ | <i>Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil?</i> | ANO, mléčné výrobky a sušené švestky | | |
| ✓ | <i>Berete si projímadlo?</i> | nikdy | příležitostně | často |
| | | pravidelně | | |
| ✓ | <i>Pokud ano, jaké:</i> | Gutalax gtt. | | |
| ✓ | <i>Máte nyní problémy se stolicí?</i> | | ano | ne |
| | <i>pokud ano, jak by se daly vyřešit:</i> | | | |

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd. (pokud při vyplňování vstupního záznamu znám), meteorismus, flatulence:

Stolice ráno, normální konzistence, bez příměsí, větry odchází, vyprazdňování bez obtíží, pouze při změně prostředí na delší dobu zácpa, inkontinence není.

8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte:

- jak jste je zvládal?*
- ✓ *Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?*
 - ✓ *Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice?* ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.:

Diuréza dostatečná, bez podpory léky, moči spontánně, moč čirá, slámové barvy, charakteristického zápachu, moči převážně před den, nucení na močení ji v noci nebudí, bez známek infekce močových cest, inkontinence není, na WC zvládne sama.

9. Lokomotorické funkce

- ✓ *Máte potíže s chůzí?* ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Měl jste potíže s chůzí už před přijetím?* ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil?* ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?*

nevím ano ne

pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

Pacientka soběstačná, chůze bez problémů, hybnost všech končetin v plném rozsahu, bolesti při pohybu nemá, kompenzační pomůcky nepoužívá.

10. Smyslové funkce

- ✓ *Máte potíže se zrakem?* ano ne
pokud ano, upřesněte: dalekozrakost
- ✓ *Nosíte brýle?* ano ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? Nemám s brýlemi problém, nevadí mi je nosit
- ✓ *Slyšíte dobře?* ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Objektivní hodnocení sestry:

Pacientka slyší dobře, kompenzační pomůcky nepoužívá. Zrak zhoršený, dalekozrakost, nosí trvale brýle, brýle ji nevadí nosit, na pravém oku 2 dioptrie a na levém oku 2,5 dioptrie.

11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ *Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte?* ANO, dělnice
- ✓ *Máte potíže pohybovat se v domácnosti?* ano ne
- ✓ *Máte doporučeno nějaké cvičení?* NE
Pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici?* ano ne

- ✓ *Co děláte rád ve volném čase?* výlety s rodinou, četba knihy, křížovky
- ✓ *Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?* Četba knihy, luštění křížovek, sudoku.
- ✓ *Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?* NE, pacientka si vše přinesla s sebou.

Objektivní hodnocení sestry:

Pacientka je bez pohybového omezení, volný čas si krátí četbou knih, zejména detektivek a historických románů, luští křížovky a sudoku.

12. Odpočinek a spánek

- ✓ *Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání?* 6 – 8 hodin
- ✓ *Máte doma potíže se spánkem?* ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Kolik hodin obvykle spíte?* 6 – 8 hodin
- ✓ *Usínáte obvykle těžko?* ano ne
- ✓ *Budíte se příliš brzo?* ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Co podle vás způsobuje vaše potíže?*
- ✓ *Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?* ANO, četba knihy, chladná a vyvětraná místnost na spaní.
- ✓ *Berete doma léky na spaní?* ano ne
pokud ano, které:
- ✓ *Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho?* ANO, občas 20 – 30 minut

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.:

Pacientka spí obvykle 6 – 8 hodin, problémy s usínáním a spaním nemá, prášky na spaní nebere, ráno vstává bez pocitu únavy, občas si jde zdřímnout odpoledne na 20 – 30 minut.

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ *Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?*
ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ *Očekáváte, že se změni po odchodu z nemocnice váš intimní život?*
ano ne
pokud ano, upřesněte

- *pacient o sexualitě nechce hovořit*

- *otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného*

Pacientka je bezdětná, žije s manželem a po sexuální stránce si vyhovují.

14. Psychologické hodnocení

- | | | | |
|--|------------------------|---------------------|------------|
| • emocionalita | stabilní | spíše stabilní | labilní |
| • autoregulace | dobře se ovládá | hůře se ovládá | |
| • adaptabilita | přizpůsobivý | nepřizpůsobivý | |
| • příjem a uchovávání informací | bez zkreslení | zkresleně (neúplně) | |
| • orientace | orientován | dezorientován | |
| • celkové ladění | úzkostlivý
sklíčený | smutný
apatický | rozzlobený |

15. Rodina a sociální situace

- ✓ *S kým doma žijete?* s manželem
- ✓ *Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk?* manžel, rodiče, sestra
- ✓ *Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu?* manželovi, rodičům, sestře
- ✓ *Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu?* žádný
- ✓ *Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat?* ANO
- ✓ *Je na vás někdo závislý?* NE
- ✓ *Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?* dobře
- ✓ *Kdo se o vás může postarat?* manžel

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

Pacientka žije s manželem v rodinném domě, pravidelně udržuje kontakt s rodiči, sourozenci i kamarády. Všechny vztahy hodnotí jako vřelé a dobré. Se sousedy kontakt neudrhuje. Bezdětná, mají zažádáno o adopci.

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči: NE

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru: *důležitých pro ošetrovatelskou péči*

35- ti letá paní J. S. přichází k plánované abdominální hysterektomii, bezdětná, 4 x neúspěšný pokus o IVF + ET, vyrovnaná, sebevědomá. Pouze při rozhovoru o dětech je smutná, alergii nemá, plně soběstačná ve všech oblastech sebepečce, bez bolestí, hybnost končetin v plném rozsahu, vyprazdňování moči a stolice bez obtíží. Chronickou medikaci si přinesla s sebou, ponechá si ji u sebe. Je obeznámena, které léky má a nemá užívat.

Příloha č. 7

Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

- Strach z operačního výkonu a možných komplikací, projevující se častým dotazováním, smutnou náladou

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

- Riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu, snížené pohybové aktivity a varixů DK

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

- Riziko pádu z důvodu podané medikace

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

- Bolest v důsledku operačního zákroku, projevující se změnou mimiky, zaujetím úlevové polohy, vzestupem TK, tachykardií

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

- Nevolnost a zvracení z důvodu anestezie

Ošetrovatelská diagnóza č. 6

- Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru, periferního venózního vstupu a operační rány

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

- Riziko vzniku zácpy z důvodu změny prostředí, stravovacích návyků a nedostatečné pohybové aktivity

Ošetrovatelská diagnóza č. 8

- Zvýšení tělesné teploty z důvodu infekce močových cest a laparotomie

Ošetrovatelská diagnóza č. 9

- Infekce operační rány projevující se sekrecí, zvýšením tělesné teploty, zarudnutím a dehiscencí / rozpad operační rány/

Ošetrovatelská diagnóza č. 10

- Smutek a obavy z důvodu pooperačních komplikací a nemožnosti mít vlastní děti

Ošetrovateľská diagnóza č. 1

Strach z operačného výkonu a možných komplikácií, prejavujúci sa častým dotazovaním, smutnou náladou

Datum	Ošetrovateľské ciele	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
10. 11. 2009	<ul style="list-style-type: none">• pacientka má dostatek informácií• pacientka nemá strach	<ul style="list-style-type: none">• promluvit s klientkou o jejím strachu• individuální přístup• zajistit dostatečné množství informací o průběhu a délce operačního výkonu a také o průběhu pooperační péče	<ul style="list-style-type: none">• Pacientka má dostatek informací a projevy strachu jsou minimální

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu, snížení pohybové aktivity a varixů DK

Datum	Ošetrovatelské cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytované péče
10. 11. 2009	<ul style="list-style-type: none">• Pacientka je informována o nutnosti prevence TEN• Pacientka není ohrožena vznikem TEN	<ul style="list-style-type: none">• provést bandáže DK• zajistit elevace DK• podat klientce informace o nutnosti cvičení DK na lůžku po operačním zákroku• provádět s pacientkou cviky léčebné tělesné výchovy, mající zlepšit cévní prokrvení DK• včasná mobilizace pacientky po operaci• pravidelně kontrolovat DK pacientky• plnit ordinace dle lékaře• při vzniku komplikací informovat lékaře	<ul style="list-style-type: none">• pacientka je dostatečně informována• byla provedena její včasná mobilizace po operaci• pravidelně byla prováděna léčebná tělesná výchova• je bez příznaků TEN onemocnění.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Riziko vzniku pádu a poranění v důsledku aplikované medikace

Datum	Ošetrovatelské cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytované péče
10. 11. 2009	<ul style="list-style-type: none">• Zamezit pádu a poranění	<ul style="list-style-type: none">• Pacientka má dostatek informací o hlavních a vedlejších účincích léků a jak se chovat aby se předešlo pádu a poranění• Dát k ruce signalizační zařízení• Pravidelně kontrolovat účinky medikace a stav pacientky• Zjištění rizika pádu, viz. příloha č. 4.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientka během hospitalizace neupadla, ani nedošlo k poranění

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Bolest v důsledku operačního zákroku, projevující se změnou mimiky, zaujetím úlevové polohy, vzestupem TK, tachykardií

Datum	Ošetrovatelské cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytované péče
11. 11. 2009	<ul style="list-style-type: none">• Bolest je zmírněna nebo odstraněna• Pacientka chápe příčinu vzniku bolesti	<ul style="list-style-type: none">• zhodnotit intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti, viz. příloha č. 3• podat informace o možnosti zaujmout úlevovou polohu• dle ordinace lékaře podat léky tišící bolest• individuální a ohleduplný přístup• poučit klientku o příčině vzniku bolesti• provést záznam do dokumentace o podání analgetik• sledovat účinek podaných léků	<ul style="list-style-type: none">• Pacientka udává bolest mírné intenzity, která ji omezuje jen minimálně.

Ošetrovateľská diagnóza č. 5

Nevolnosť a zvracenie z dôvodu podávaných tekutín po narkóze

Datum	Ošetrovateľské ciele	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnutá péče
11. 11. 2009	<ul style="list-style-type: none">Pacientka nezvracia a netrpí nauzeou	<ul style="list-style-type: none">sledovať množství, četnosť, charakter a obsah zvratkůzajištit pomůcky / emisní misku + buničinu /, vhodnou polohu, výplach dutiny ústnípoučit klientku o pitném režimupodat léky tlumící zvracenie a nauzeu dle ordinace lékařesledovať účinky lékůpravidelně kontrolovat pacientku – pozor na možnou aspiraci zvratkůzajištit dostatečný přísun tekutin parenterální cestouprovést záznam do dokumentace pacientky	<ul style="list-style-type: none">Pacientka nezvracia a je i bez nauzey, může přijímat tekutiny per os a není tedy nutná parenterální výživa. Její hydratace je dostatečná

Ošetrovatelská diagnóza č. 6

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru, periferního venózního vstupu a operační rány

Datum	Ošetrovatelské cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
11. 11. 2009	<ul style="list-style-type: none">Pacientka je bez známek infekceHojení operační rány je per primam	<ul style="list-style-type: none">Při zavádění PMK, PVK postupovat dle platného standardu a dodržovat zásady sterilityProvádět u PVK pravidelné kontroly, hodnotit dle stupnice Maddona a převaz 1x za 24 hodinProvádět pravidelné kontroly, lokální ošetření a sterilní krytí operační rányInformovat klientku o nutnosti dodržování řádné hygienyVčasné odstranění invazivních vstupů při jejich neužíváníV případě komplikací informovat lékařeProvádět pravidelné záznamy o kontrole invazivních vstupů a operační rány do dokumentace	<ul style="list-style-type: none">Pacientka je bez známek infekce

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Riziko vzniku zácpy z důvodu změny prostředí, stravovacích návyků a nedostatečné pohybové aktivity

Datum	Ošetrovatelské cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
12.11.2009	<ul style="list-style-type: none">• Pacientka se vyprazdňuje dle svých zvyklostí• Pacientka má obnovenou střevní peristaltiku	<ul style="list-style-type: none">• Zajistit soukromí pacientky při vyprazdňování• Dostatečný přísun tekutin• Dietní opatření – strava bohatá na vlákninu,• mírně projímavá jídla• Zvýšení tělesné aktivity pacientky dle jejího stavu a možností• Plnit ordinace dle lékaře• Sledovat účinek léků, odchod stolice a plynů, střevní peristaltiku• Provést záznamy do dokumentace pacientky	<ul style="list-style-type: none">• Pacientka se pravidelně vyprazdňuje, střevní peristaltika +, větry odcházejí.• Stolice je normální konzistence, barvy a bez příměsí.

Ošetrovateľská diagnóza č. 8

Zvýšení tělesné teploty z důvod infekce močových cest a laparotomie

Datum	Ošetrovateľské ciele	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
13. 11. 2009	<ul style="list-style-type: none">Pacientka má tělesnou teplotu ve fyziologických mezích	<ul style="list-style-type: none">Nutno zjistit příčinu vysoké teplotyProvádět odběry biologického materiálu v laboratorním vyšetřeníPravidelná kontrola tělesné teplotyPodávat antipyretika dle ordinace lékařeInformovat klientku o nutnosti zachování klidu na lůžku a o nutnosti dostatečného příjmu tekutin při zvýšené teplotěProvádět pravidelné záznamy do dokumentace nemocnéPodporovat ochlazování těla svléknutím	<ul style="list-style-type: none">Tělesná teplota je v norměPacientka je bez známek infekce močových cest a laparotomie

		<p>části oděvu a snižováním teploty okolního prostředí</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sledovat močení, projevy močové infekce a infekce laparotomie, jako je sekrece a zarudnutí 	
--	--	---	--

Ošetrovatelská diagnóza č. 9

Infekce operační rány projevující se sekrecí, zvýšením tělesné teploty, zarudnutím a dehiscencí / rozpad operační rány /

Datum	Ošetrovatelské cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení
13. 11 2008	<ul style="list-style-type: none"> pacientka je bez projevů infekce laparotomie 	<ul style="list-style-type: none"> kontrolovat projevy infekce / rozsah zarudnutí a dehiscence, charakter a množství sekrece, TT / provádět stěr z rány na kultivaci a citlivost provádět lokální ošetření laparotomie dle ordinace lékaře vyměňovat sterilní krytí operační rány informovat pacientku o nutnosti dodržování hygienických opatřeních podat pacientce dostatek informací o důvodech infekce laparotomie, způsob předpokládané době léčby plnit ordinace dle lékaře provádět záznamy do dokumentace pacientky 	<ul style="list-style-type: none"> Operační rána je bez sekrece, zarudnutí, dehiscence laparotomie postupně granuluje. Tělesná teplota je ve fyziologickém rozmezí.

Ošetrovatelská diagnóza č. 10

Smutek a obavy z důvodu pooperačních komplikací a nemožnosti mít vlastní děti

Datum	Ošetrovatelské cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení
16. 11. 2009	<ul style="list-style-type: none"> Pacientka je bez projevů úzkostí a smutku 	<ul style="list-style-type: none"> Individuální a taktní přístup k pacientce Rozhovor na dané téma a zodpovězení všech otázek pacientky Pacientka má dostatek informací Umožnit pacientce vyjádřit všechny negativní emoce Podat léky dle ordinace lékaře 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientka plně rozumí tomu, proč se komplikace v pooperačním průběhu. Došlo k uvolnění negativních emocí, které pacientka prožívala a je bez projevů smutku a úzkosti.

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V České Lípě, 10. 03. 2009

Podpis autora závěrečné práce

Kamila Kresáčová

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

[illegible]